

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ - UNIFEI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO,
TECNOLOGIAS E SOCIEDADE**

PATRÍCIA APARECIDA GOMES PASCOAL

**AS (IM)POSSIBILIDADES DE GESTÃO DA SAÚDE E
SEGURANÇA NA ATIVIDADE ASSISTENCIAL AO PACIENTE
EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CAPS**

ITAJUBÁ

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ - UNIFEI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO,
TECNOLOGIAS E SOCIEDADE

PATRÍCIA APARECIDA GOMES PASCOAL

AS (IM)POSSIBILIDADES DE GESTÃO DA SAÚDE E
SEGURANÇA NA ATIVIDADE ASSISTENCIAL AO PACIENTE
EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CAPS

Dissertação submetida à defesa no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade (DTecS) da Universidade Federal de Itajubá.

Linha de pesquisa: Desenvolvimento e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Davidson Passos Mendes.

Coorientador: Prof. Dr. Luiz Felipe Silva.

ITAJUBÁ

2022

PATRÍCIA APARECIDA GOMES PASCOAL

**AS (IM)POSSIBILIDADES DE GESTÃO DA SAÚDE E SEGURANÇA NA
ATIVIDADE ASSISTENCIAL AO PACIENTE EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO
CAPS**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de mestre, no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade da Universidade Federal de Itajubá.

Itajubá, 26 de julho de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Davidson Passos Mendes
(Orientador)

Prof. Dr. Luiz Felipe Silva
(Coorientador)

Prof^ª. Dra. Denise Pereira de Alcântara Ferraz
(Avaliador Interno)

Prof. Dr. Admardo Bonifácio Gomes Júnior
(Avaliador Externo – CEFET-MG)

Ao meu pai pelo exemplo de luta e coragem;
À minha mãe pelo amor incondicional e apoio sempre;
À minha hermana pela inspiração e pelo apoio nas aventuras e desventuras em série;
Ao meu esposo Jair pelo amor, pela paz e por nossa família;
Ao meu Benjamin, meu filho, por me ensinar a ser uma pessoa melhor.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

À DEUS, por ser meu alimento diário.

Ao meu orientador, Professor Dr. Davidson Passos Mendes, por provocar o brilho nos meus olhos desde a graduação. Pelo exemplo de empatia com o próximo e por compartilhar sua sabedoria.

Ao coorientador, Professor Dr. Luiz Felipe Silva pelas discussões sempre produtivas no mestrado e pelas escolhas acertadas com músicas de Chico Buarque ao final das aulas instigantes durante esta jornada.

À UNIFEI e, em especial, aos professores do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade e da graduação em Engenharia de Saúde e Segurança. Ao DAE por me apoiar com o notebook durante todo o mestrado.

Aos Professores Dr. Admardo Bonifácio Gomes Júnior e Dra. Denise Pereira de Alcântara Ferraz por aceitarem fazer parte da banca, aos quais sou muito grata pelas críticas extremamente construtivas durante a qualificação, que foram fundamentais para a construção desta dissertação.

À turma de mestrado que me proporcionou bastante aprendizado. Em especial, à amizade de Cristiane de Freitas, companheira de angústias, críticas, risadas, medos, alegrias, muita ansiedade e muito incentivo.

À Prefeitura Municipal no interior de Minas Gerais, à Secretaria Municipal de Saúde que possibilitaram a pesquisa no serviço estudado.

Aos trabalhadores do CAPS, em especial, à diretora de Saúde Mental, à ATA (Assistente Técnico Administrativo), aos trabalhadores do setor de enfermagem e aos psicólogos que permitiram a realização do trabalho, se colocaram à disposição e foram fundamentais para que este estudo se tornasse uma realidade.

À minha amiga Elaine Silva e ao Marcelino Campos Tiago, meu companheiro de lutas no serviço de saúde, que me apoiaram sem hesitar. À Marcela Martins, minha amiga desde o ensino fundamental, pela caminhada inspiradora. À Renata Figueiredo, minha amiga desde a graduação, exemplo de luta.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram neste processo de aprendizado: colegas de trabalho, pacientes, professores, amigos e família.

“Um robô não tem estado de alma, enquanto que um humano sempre hesita porque é consciente e pode escolher, adaptar-se, atualizar e, portanto, inovar [o uso que os outros fazem desse “si”]”.

TRINQUET (2010, p. 97)

RESUMO

No campo da saúde mental e atenção psicossocial, o trabalhador presta assistência a um sujeito em sofrimento psíquico, pois aqui a doença está colocada entre parênteses para se ocupar do sujeito em sua experiência de sofrimento ou mal-estar. Essa estratégia é um rompimento com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou a referência das ciências naturais para compreender a subjetividade e passou a objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana ao se ocupar das doenças. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nos quais atuam profissionais de diferentes categorias na assistência aos pacientes em sofrimento mental, possuem uma prática singular que se caracteriza por uma organização flexível no acolhimento das pessoas em crise, por uma escuta de todos os envolvidos e por uma formação de laços afetivos e profissionais com estas pessoas. Neste contexto, este estudo tem por objetivo investigar as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança frente à organização do trabalho estabelecida, na atividade assistencial ao paciente em sofrimento psíquico, dos trabalhadores atuantes no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) no interior de Minas Gerais. A abordagem metodológica e a abordagem teórica utilizadas nesse estudo foram baseadas na Análise Ergonômica do Trabalho (AET), por meio de observações (gerais e sistematizadas) e entrevistas (abertas, semiestruturadas e de autoconfrontação) e na Ergológica, respectivamente, com a participação de 11 profissionais da saúde, entre efetivos e contratados. Os resultados revelaram que mudanças estruturais trouxeram impactos na assistência, pois há uma distância no que se refere à organização da rede de assistência à saúde mental preconizada pela Reforma Psiquiátrica e a organização real. Além disso, os embates e debates estabelecidos entre Saúde Mental x Psiquiatria, que aparecem no nível macro, atravessam as práticas e desencadeiam dramáticas nas atividades de trabalho evidenciando nesse ínterim as (im)possibilidades da própria clínica, ou seja, o impossível do real (psicanalítico) presente no sofrimento psíquico que somente se torna possível pelo engajamento da palavra. Destaca-se que no contexto do estudo, os problemas relacionados à saúde e segurança têm demonstrado que há uma distância entre a tarefa e a atividade de trabalho ampliada também pelo modelo de gestão gerencialista ou tecnoburocrático fundamentado em prescrições, que sendo insuficientes evidenciam as (im)possibilidades do vazio de normas. O que ocorre é que: o como se trabalha, permanece na invisibilidade e a divisão do trabalho do modo como é realizada é também a divisão dos riscos, das responsabilidades dos acidentes, doenças, disfuncionamentos. As possibilidades, nesse sentido, estão nas mudanças do modo de gestão: que pode abranger as precárias condições de trabalho apontadas pelos profissionais e a organização, cujas consequências estão visíveis através da alta rotatividade de profissionais no serviço, o que

gera o fragmento do coletivo e impede de lidar com o risco de violência de forma satisfatória. Pois, se amplia esse campo de possibilidades, o trabalhador com seus saberes e valores, possuirá melhores condições de recriar seu meio e renormalizar para gerir a atividade e os riscos presentes garantindo um ambiente saudável e seguro e melhorias na assistência ao paciente em sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Gestão da Saúde e Segurança. CAPS. Ergonomia. Ergologia.

ABSTRACT

The (im)possibilities of health and safety management in the care activity for patients in psychic suffering in CAPS

In the field of mental health and psychosocial care, the worker provides assistance to a subject in psychological distress, because here the disease is placed in parentheses to deal with the subject in his experience of suffering or discomfort. This strategy is a break with the theoretical-conceptual model of psychiatry that adopted the reference of the natural sciences to understand subjectivity and started to objectify and objectify the subject and human experience when dealing with diseases. The Psychosocial Care Centers (CAPS), in which professionals from different categories work in the care of patients with mental suffering, have a unique practice that is characterized by a flexible organization in the reception of people in crisis, by listening to all those involved and for the formation of affective and professional bonds with these people. In this context, this study aims to investigate the (im)possibilities of health and safety management in the face of the established work organization, in the assistance activity for the patient in psychic suffering, of the workers working in the Psychosocial Care Center. (CAPS II) in the interior of Minas Gerais. The methodological approach and the theoretical approach used in this study were based on Ergonomic Work Analysis (AET), through observations (general and systematized) and interviews (open, semi-structured and self-confrontation) and on Ergological, respectively, with the participation of 11 health professionals, both permanent and contracted. The results revealed that structural changes had an impact on care, as there is a distance between the organization of the mental health care network advocated by the Psychiatric Reform and the actual organization. In addition, the clashes and debates established between Mental Health x Psychiatry, which appear at the macro level, cross practices and trigger drama in

work activities, evidencing, in the meantime, the (im)possibilities of the clinic itself, that is, the impossible of the real (psychoanalytic) present in psychic suffering that is only possible through the engagement of the word. It is noteworthy that in the context of the study, problems related to health and safety have shown that there is a distance between the task and the work activity, which is also amplified by the managerial or technobureaucratic management model based on prescriptions, which, being insufficient, show the (im)possibilities of the void of norms. What happens is that: how you work remains invisibility and the division of work in the way it is carried out is also the division of risks, responsibilities for accidents, diseases, malfunctions. The possibilities, in this sense, are in the changes in the management method: which can cover the precarious working conditions pointed out by professionals and the organization, whose consequences are visible through the high turnover of professionals in the service, which generates the fragment of the collective and prevents dealing with the risk of violence satisfactorily. Because, if this field of possibilities is expanded, the worker, with his knowledge and values, will have better conditions to recreate his environment and renormalize to manage the activity and the present risks, guaranteeing a healthy and safe environment and improvements in the care of the suffering patient psychic.

Keywords: Health and Safety Management. CAPS. Ergonomics. Ergology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição da população do estudo por carga de trabalho.....	65
Figura 2: Distribuição da população do estudo por saúde física e mental.....	66
Figura 3: Distribuição das respostas da população do estudo sobre agressão ou ameaça praticada por diversos agentes.....	66
Figura 4: Painel informativo na recepção do CAPS II	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos trabalhadores do CAPS II de acordo com a ocupação.....	62
Tabela 2: Profissionais da saúde do CAPS II - Grupo amostral	62
Tabela 3: Perfil dos sujeitos da pesquisa realizada no CAPS II	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABERGO – Associação Brasileira de Ergonomia

AET - Análise Ergonômica do Trabalho

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética

COVID – Corona Vírus Disease

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECRP - Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes

ECT - Eletroconvulsoterapia

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia Saúde da Família

GRS – Gerência Regional de Saúde

HFS – Human Factors Society

HPS – Hospital Pronto-Socorro

IEA – International Ergonomics Association

IES – International Ergonomics Society

MLA – Movimento da Luta Antimanicomial

MPAS – Ministérios da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NR – Normas Regulamentadoras

OMS – Organização Mundial da Saúde

PD – Permanência-dia

PSF – Programa Saúde da Família

PTI – Projeto Terapêutico Individual

PVC – Policloreto de vinila

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SELF – Société d'Ergonomie de Langue Française

SST – Saúde e Segurança no Trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	ATIVIDADE HUMANA NA GESTÃO DA SAÚDE E SEGURANÇA	14
1.1	JUSTIFICATIVA	17
1.2	OBJETIVOS	21
1.2.1	Objetivo Geral	21
1.2.2	Objetivos Específicos	21
2	O VISÍVEL DO TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS AO INVISÍVEL DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL	22
2.1	A ESPECIFICIDADE DO TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS	22
2.2	A COMPLEXIDADE E AS CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO EM SAÚDE	23
2.3	A SAÚDE DOS TRABALHADORES NO SETOR SAÚDE	24
2.4	A REFORMA PSIQUIÁTRICA	27
2.4.1	CAPS: território de pesquisa e análise	34
2.5	SAÚDE MENTAL	37
3	PERCURSO TEÓRICO E METODOLÓGICO	40
3.1	MODOS DE GESTÃO	40
3.2	A ABORDAGEM ERGONÔMICA	43
3.3	A ABORDAGEM ERGOLÓGICA	47
3.4	(IM)POSSIBILIDADES DO REAL	51
3.5	METODOLOGIA	54
3.5.1	Tipo de Estudo	54
3.5.2	Cenário do estudo	55
3.5.3	Sujeitos do estudo	55
3.6	MÉTODO	55
3.6.1	Análise Ergonômica do Trabalho	56
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	58
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
4.1	CARACTERIZAÇÃO GERAL: ESTRUTURA TÉCNICA E ORGANIZACIONAL	59
4.2	TRABALHADORES ATUANTES NA ASSISTÊNCIA	61
4.3	A INVISIBILIDADE E A ESPECIFICIDADE DO TRABALHO NA ASSISTÊNCIA COTIDIANA NO CAPS	67

4.3.1	Os riscos e as estratégias de enfrentamento	67
4.3.2	O Trabalho como Atividade de Trabalho	73
4.3.3	Os Usos de Si dos Trabalhadores.....	75
4.3.4	Normas Antecedentes e as Renormalizações	77
4.3.5	Os Vazios de Normas e as Infidelidades do Meio.....	81
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS: as (im)possibilidades da clínica e do vazio de normas	88
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	106
	APÊNDICE B: Questionário Sociodemográfico.....	114
	ANEXO A: Normas e rotinas da Recepção e Administrativo para CAPS II	117
	ANEXO B: Ficha de Acolhimento.....	118

1. ATIVIDADE HUMANA NA GESTÃO DA SAÚDE E SEGURANÇA

A vinculação saúde-doença, relacionada à atividade de trabalho, tem sido abordada em várias pesquisas por diferentes estudiosos como Farrel *et al.* (2006), Lau e Magarey (2006), Franz *et al.* (2010), Baptista *et al.* (2018) e Campos *et al.* (2021). Nessa perspectiva, o trabalhador é exposto à diversos riscos (NOUROUDINE, 2004) em sua atividade laboral e, nesse sentido, segundo Schwartz (2003), a normatividade técnica é insuficiente para prevenir impactos na saúde do trabalhador, pois cada situação é peculiar. É na atividade real que o trabalhador com seus saberes e valores consegue reinventar seu ambiente e renormalizar para gerir os riscos (SCHWARTZ & DURRIVE, 2015), porém podem existir impossibilidades que perpassam o possível da gestão da saúde e segurança no trabalho.

De acordo com Echternacht (2008, p. 9), “trabalhar é gerir-se em um meio circunscrito por normas de ordem técnica, organizacional, gerencial, por entre estruturas produtivas que heterodeterminam os objetivos do trabalho humano, seus instrumentos, seu tempo, seu espaço”. Nesse sentido, é relevante destacar como o modo de produção capitalista influencia as condições e relações de trabalho, as práticas, os saberes e os modos de adoecimentos.

Arelada às peculiaridades dos sistemas de produção, desde a primeira revolução industrial até os dias atuais, observam-se transformações nos modos de viver, trabalhar e adoecer. A característica intrínseca ao modo de produção capitalista gera impactos nos níveis e esferas de produção, na competitividade entre as empresas em relação à técnica e à organização, a divisão internacional do trabalho, o conteúdo e as condições de gestão da saúde no trabalho (ECHTERNACHT, 2008).

Isso corrobora a discussão de Hennington (2011), na qual esclarece que o mundo contemporâneo tem sofrido intensas e profundas mudanças e tem influenciado a forma de ser e de fazer o trabalho, o qual tem se tornado cada vez mais diversificado e complexo, com maior exigência de ordem subjetiva e de mobilização de inteligência em um ambiente de estímulo a uma pretensa autonomia na condução das atividades cotidianas.

Ou seja, na nova concepção produtiva apropriam-se e exploram-se as capacidades humanas no mundo do trabalho como a criatividade, a capacidade organizativa e de cooperação, a comunicação e a habilidade dos trabalhadores na resolução de problemas que passam a ser valorizadas e fundamentais (ANTUNES, 1999).

Mas, tais níveis de heterodeterminação não excluem a atividade humana em sua mobilização de saberes e valores incorporados nas práticas, condição para o agir em competência. As soluções possíveis, das disfunções locais, não estão no aumento da

regulamentação e de meios de proteção local, porém, na definição de formas organizacionais que façam emergir a capacidade de gestão dos protagonistas do trabalho no curso da atividade (MENDES, 2014). É na atividade real de trabalho que as competências podem ser construídas pelos trabalhadores, os quais com seus saberes e fazeres determinam uma gestão da saúde e segurança no trabalho (CALVO *et al.*, 2020).

Neste contexto de transformações sociais e produtivas e as consequentes repercussões sobre a vida e saúde das populações trabalhadoras, diversos autores mostram a relevância de estudos na área da saúde ao ressaltar os graves problemas relacionados à Saúde do Trabalhador e à Segurança do Trabalho, o que tem demandado, crescentemente, a prevenção (ECHTERNA-CHT, 2008; SILVA, 2010; BORDIGNON & MONTEIRO, 2018). Na área da saúde mental, as questões do adoecimento mental têm sido reconhecidas como das mais relevantes no contexto da saúde pública (ELIA *et al.* 2018; BARBOSA; BARBOSA; SALDANHA, 2022), determinando uma permanente atualização e diferenciação dos modos de gerir e elaborar estratégias transformadoras no cuidado e de mobilização e articulação política (ALMEIDA, 2012; MENDES, 2014; SILVA, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) tem a estimativa de que mais de 700 milhões de pessoas sofram com problemas de saúde mental em todo o mundo. E em torno de um milhão de pessoas cometam suicídio a cada ano.

Isso quer dizer que, nesse cenário, o recente cuidado em saúde mental tem demandado um trabalhador comprometido política e afetivamente com a mudança dos modos de cuidar e de se relacionar com a loucura interligada à transformação do perfil do usuário dos serviços de saúde mental (MENDES; CUNHA, 2017).

Vários trabalhos como de Silva (2010) e Almeida (2012) discutem sobre as condições de desempenho no trabalho e as implicações nas condições de sua efetivação sobre a saúde dos trabalhadores envolvidos na atividade assistencial no contexto da saúde mental, no qual o lugar e a técnica estão em significativa reforma estrutural.

No Brasil, a mudança iniciou-se no final da década de 1970, com a constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), baseado em denúncias contra as violências em asilos e as péssimas condições de trabalho dentro dos manicômios, instituições psiquiátricas (LOBOSQUE, 2020).

Concomitante, o movimento da Reforma Psiquiátrica centrava-se em questionamentos das políticas públicas de saúde mental e do modelo assistencial concentrado nos hospitais psiquiátricos e na exclusão (AMARANTE, 1992, 1995; GOULART, 2006; BRASIL, 2015). As estratégias tinham por objetivo implantar uma rede substitutiva em relação ao modelo asilar

existente, introduzindo a ideia sobre o fim dos hospitais psiquiátricos, identificado hoje no bojo dos processos de desinstitucionalização (GOULART, 2007) que vem ocorrendo no Brasil. A Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, impulsionaram esse movimento (MENDES, 2014; LOBOSQUE, 2020).

A década da redemocratização brasileira trouxe, ainda, a instauração do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para o campo das práticas de saúde mental. Isso quer dizer que a Reforma Psiquiátrica tem como fundamento as intervenções e trabalhos específicos, equipes multi e interdisciplinares; e a mudança do conceito de loucura e de hospitais psiquiátricos como manicômios, indicando uma melhoria na qualidade de vida e conquista dos pacientes com sofrimento mental (RAMMINGER, 2002).

Entretanto, com o decorrer do tempo, apesar das modificações acarretarem progressos, surgiram também demandas mais complexas, originárias do contexto organizacional.

Considerando-se a complexidade e a necessidade de compreensão da questão abordada é que se instaurou a pesquisa sobre a gestão da saúde e segurança do trabalhador em atividades assistenciais a pacientes em sofrimento psíquico, em tratamento no CAPS. Deste modo, o problema que fundamenta o estudo é: quais as possibilidades de renormalização individual e coletiva do trabalhador na assistência ao paciente em sofrimento mental no CAPS?

Assim, o material apresentado, como dissertação, está estruturado em cinco capítulos. No capítulo 1, é trazida à tona a questão do vínculo saúde-doença relacionada à atividade de trabalho, pois o trabalhador é exposto à diversos riscos em sua atividade laboral e, nessa perspectiva, apesar da existência de diversas normas e métodos de proteção, os acidentes de trabalho e os adoecimentos continuam ocorrendo. As saídas possíveis, dos problemas locais, não estão no acréscimo das normas e dos modos de proteção, mas, na definição de formas organizacionais que possibilitem a gestão dos atores na atividade real de trabalho, ou seja, nas possibilidades, de forma crescente, de estratégias individuais e coletivas face às demandas da organização do trabalho no contexto do CAPS.

No segundo capítulo são apresentadas as características fundamentais do setor de serviços: a simultaneidade, a copresença e a coprodução. Além disso, discorre-se sobre a complexidade e peculiaridades do trabalho e do trabalhador no setor saúde. Nesse capítulo também é realizado um histórico da Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil até a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). E por último, realiza-se uma análise reflexiva sobre o conceito de saúde mental e como este foi absorvido pela perspectiva econômica.

No capítulo 3 situa-se a pesquisa quanto ao percurso teórico e metodológico. Inicia-se com a discussão sobre os modos de gestão e a relação com a gestão da saúde e segurança no trabalho. Em seguida é apresentada a fundamentação teórica baseada na Análise Ergonômica do Trabalho proposta por Guérin *et al.* (2005), e sua possibilidade de revelar os principais condicionantes que interferem na gestão dos riscos no trabalho e também na Ergologia, que de igual modo, apropria-se e examina as noções da ergonomia sobre a diferença entre prescrito e real e as variabilidades existentes nas diversas situações de trabalho. No tópico posterior são retratadas as (im)possibilidades do real na perspectiva psicanalítica ao refletir sobre o sofrimento psíquico e nas perspectivas ergonômica e ergológica sobre a atividade de trabalho e como que se dá essa passagem do impossível para o possível. Na metodologia estão descritos o tipo, o cenário e os sujeitos do estudo. O método da análise ergonômica do trabalho se apresenta nesse capítulo e a escolha foi realizada porque é um método com a possibilidade de fazer revelar a atividade e responder às questões colocadas, oferecer evidências para efetivação de modificações nos dispositivos técnicos, na organização do trabalho, na organização e gestão da empresa, nos programas de formação e qualificação dos trabalhadores. Os materiais e os procedimentos utilizados são apresentados neste capítulo.

No capítulo 4 realiza-se a apresentação e a discussão dos resultados a partir da análise da estrutura técnica e organizacional, dos sujeitos de pesquisa, dos riscos e estratégias de enfrentamento e da invisibilidade e especificidade do trabalho na assistência cotidiana no CAPS, utilizando-se dos conceitos da Ergologia para reflexão, discussão e aprofundamento epistemológico dos dados apreendidos e revelados na pesquisa.

No quinto capítulo são apresentadas as considerações finais para a discussão acerca das (im)possibilidades da própria clínica e das (im)possibilidades do vazio de normas, bem como as possibilidades de reinventar o meio e renormalizar para gerir os riscos nele presentes pelo engajamento da palavra, do saber, dos valores do trabalhador. Ressalta-se ainda como o modelo gerencialista tem influenciado a saúde e segurança no trabalho. Dessa forma, é trazida à tona a complexidade das funções no CAPS e a invisibilidade sobre a assistência em saúde mental.

1.1 JUSTIFICATIVA

A motivação para esta pesquisa decorre da trajetória profissional e acadêmica da pesquisadora formada em Psicologia e servidora pública no âmbito do SUS. Atua em uma Unidade Básica de Saúde como ator que também trabalha para a articulação da Rede de Atenção em Saúde Mental. Nesse sentido, associou o desejo de compreender as transformações possíveis

com a Reforma Psiquiátrica e as diversas discussões durante sua segunda graduação em Engenharia de Saúde e Segurança na qual o foco é o trabalhador.

As demandas em saúde mental têm aumentado e se tornado múltiplas, convocando uma constante atualização e diferenciação das formas de movimentação e articulação política, de gestão e de construção de critérios e procedimentos transformadores de cuidado. Para tanto, pensar a gestão da saúde e segurança na atividade de assistência em saúde mental implica em discutir impactos das condições de execução do trabalho sobre a saúde das populações trabalhadoras, cujo espaço e técnica estão em intensa reforma estrutural.

A partir de uma situação de trabalho vivenciada pela pesquisadora, a motivação ganhou contornos mais visíveis. A trabalhadora e pesquisadora acompanhou por cerca de dois anos uma paciente que em determinado atendimento chegou à consulta com sinais de uma crise psicótica, na qual constatava-se um rompimento com a realidade, o inconsciente a céu aberto. Ela afirmava que havia passado por um carro que levava o corpo de sua mãe no caixão. A paciente tinha 42 anos e sua mãe havia falecido quando era criança. O atendimento naquele dia foi baseado em conteúdos totalmente desconexos. Então a profissional decidiu realizar um contato telefônico com o CAPS e relatar o caso para referenciá-lo, pois a situação exigia uma intervenção multidisciplinar. Na Unidade de Saúde, a médica responsável também concordou em encaminhá-la. Conforme combinado, no dia seguinte, a técnica de enfermagem e a profissional que estava de posse de um relatório preparado com todo o percurso dela nos atendimentos na Unidade de Saúde, acompanharam a paciente até o CAPS. Após uma hora de espera a paciente não havia sido atendida e as profissionais retornaram ao posto de saúde orientando-a a aguardar. No próximo dia, a profissional recebeu o contato da psicóloga que a acolheu no CAPS e afirmou que, segundo a psiquiatra, não era caso para o serviço e que mantivesse o acompanhamento na Unidade de Saúde.

As semanas seguintes foram cruciais para o desfecho do caso: a paciente em sua confusão mental desapareceu do município deixando três crianças sozinhas em casa, pegou carona e permaneceu alguns dias longe sendo reconduzida à cidade pela polícia. Na mesma semana ao retornar conseguiu um facão e ameaçou pessoas do comércio local. Depois desses episódios a questão foi reportada à Secretaria de Saúde que resolveu investigar de qual território a usuária fazia parte e quais tratamentos foram realizados até então. Após isso, a paciente foi inserida no tratamento no CAPS e seu quadro se tornou estável.

Diante disso, uma inquietação se fez presente: por que a paciente não foi inserida no CAPS desde o primeiro momento já que atendia aos critérios de diagnóstico como sendo um

caso grave? Para tentar compreender o trabalho e de alguma forma contribuir para transformá-lo foi escolhido esse serviço como território de pesquisa e análise.

Para desenvolver a pesquisa escolheu-se o Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade da Universidade Federal de Itajubá, cuja linha de pesquisa Desenvolvimento e Sociedade investiga e busca compreender as perspectivas de desenvolvimento assinaladas pela sociedade por meio de suas organizações públicas e privadas e estuda as mais diversas dimensões sociais e sua interlocução com o desenvolvimento.

Nesse sentido, a pesquisadora ressalta que o governo e a sociedade devem refletir sobre as políticas públicas e as ações no mundo globalizado. O conceito de desenvolvimento deve superar o viés econômico, restrito à busca tecnológica e ao acúmulo de riquezas materiais. Deve antes caminhar fundamentado em valores construídos historicamente em cada sociedade e que contemple necessidades relativas ao bem-estar humano.

Harvey (1992) aponta uma discussão sobre o mundo do trabalho em que na era da pós-modernidade flexível, o neoliberalismo consolida o Estado mínimo para os trabalhadores e o Estado ampliado para o capital, os interesses privados sobrepõem-se aos interesses públicos, coletivos na privação de direitos sociais (educação, saúde, previdência, assistência) e na desregulamentação de direitos sociais e trabalhistas. De acordo com Antunes e Druck (2015), há um menor contingente de trabalhadores, mas aumento dos índices de produtividade, terceirização da força de trabalho em diversos setores e ramos produtivos e de serviços.

Desse modo, debater as relações entre o desenvolvimento econômico e o trabalho humano é presumir um debate entre o “local” e o “global” que é imprescindível para confrontar e resolver as questões relacionadas à fragilidade das condições de vida das populações e a deterioração do meio ambiente, o que nos aponta o necessário desenvolvimento da capacidade de análise das coletividades humanas em seus processos de adaptação específicos, enfim, das condições, dos meios, dos saberes, dos valores, das competências, desenvolvidas nas atividades produtivas locais, e a gestão das atividades humanas.

Nessa perspectiva, as relações do trabalho contemporâneas e os seus impactos na saúde física e psicológica dos trabalhadores vinculados aos serviços de saúde têm sido objeto de estudo e análise em diversas pesquisas. Esse Programa de Pós-Graduação é interdisciplinar e, dessa forma, permite discutir tais questões, uma vez que a pesquisa interdisciplinar somente torna-se possível onde várias disciplinas se reúnem a partir de um mesmo objeto. Porém é necessário criar-se uma situação-problema no sentido de Freire (1974) onde a ideia de projeto nasça da consciência comum, da fé dos investigadores no reconhecimento da complexidade do mesmo e na disponibilidade destes em redefinir o projeto a cada dúvida ou a cada resposta

encontrada. Neste caso, convergir não no sentido de uma resposta final, mas para a pesquisa do sentido da pergunta inicialmente enunciada (FAZENDA, 2008, p. 22).

As adversidades relativas à saúde do trabalhador e segurança do trabalho no setor de saúde se traduzem em um considerável aumento de adoecimentos em trabalhadores brasileiros, principalmente nesse setor. Os trabalhadores da saúde ocupam posição-chave na sociedade pela particularidade e complexidade da assistência em saúde. Apesar disso, constituem, também, um grupo vulnerável: os dados sobre as condições de saúde e trabalho deste grupo indicam aumento de doenças e dos acidentes ocupacionais, ambos evitáveis com a adoção de medidas preventivas. Atualmente, é evidenciado o quanto trabalhadores da saúde são fundamentais para a garantia da vida da população durante a pandemia da COVID-19. Porém, ações de atenção à saúde e segurança desses profissionais nem sempre são incorporadas às medidas de enfrentamento do problema (HELIOTERIO *et al.*, 2020). Afinal de contas, refletir procedimentos de prevenção resulta em compreender as diferentes variáveis dos contextos de trabalho que relacionam ao mesmo tempo as perspectivas da saúde e segurança, da qualidade dos produtos e sistemas, do espaço ambiental e do compromisso social (CALVO *et al.*, 2020).

Na área psiquiátrica hospitalar, por exemplo, Rodrigues *et al.* (2014) discutem sobre profissionais da área da enfermagem com transtornos mentais em um estudo epidemiológico no hospital na Bahia; Mendes (2014) analisa em sua tese os riscos de violência no trabalho dos técnicos de enfermagem no hospital psiquiátrico; Souza *et al.* (2018) tratam de riscos de adoecimento em equipe de enfermagem em hospital psiquiátrico; Mendes e Cunha (2018) discutem em seu artigo os riscos e a invisibilidade do trabalho de enfermagem.

Ruas e Mendes (2017) afirmam que situação semelhante são vivenciadas pelos profissionais dos CAPS, em razão das peculiaridades dos serviços oferecidos: tratamentos para pessoas em permanência-dia (PD) ou indivíduos com adoecimentos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes. Para Mendes (2014), os CAPS, apesar de desempenharem a sua função, lidam também com pacientes que demandam, além disso, clínicas específicas, em um primeiro momento ou no período de crise.

Nesse panorama, observa-se que o impasse da execução do trabalho, no atual formato de atendimento em saúde mental, planejado em seguida ao movimento da Reforma Psiquiátrica principiada na década de 1980, tem ocasionado repercussões na atividade da população trabalhadora e efeitos na saúde e segurança desses profissionais (RUAS; MENDES, 2017).

Pensar em prevenção, portanto, é compreender, segundo Schwartz (2003), que a proteção de forma objetiva, racional, a normatividade técnica é insuficiente para prevenir agravos ao trabalhador, pois cada situação é peculiar. É compreender de um ponto de vista

limitado as estratégias de organização do trabalho (CALVO *et al.*, 2020). Assim, compreender a situação de trabalho e a atividade é fundamental para entender esse processo.

À vista disso, Mendes (2014) discute que a gestão de riscos no trabalho e a associação saúde/doença devem ser examinadas de forma específica, tendo como foco as vivências individuais e coletivas de verificação e categorização dos riscos perante as peculiaridades das situações produtivas. Nessa perspectiva, é necessário fazer aflorar a atividade para apreender como a resolução, diante das variabilidades que aparecem, envolve os ‘custos e benefícios para o trabalhador’ no momento em que precisa se posicionar e “escolher” como extrair os elementos do meio para promover a gestão das condições de saúde e segurança.

1.2 OBJETIVOS

Para melhor apresentar os objetivos que nortearão a pesquisa aqui descrita, optou-se por dividi-los entre objetivo geral e objetivos específicos.

1.2.1 Objetivo Geral

Investigar as (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança, frente à organização do trabalho estabelecida, na atividade assistencial ao paciente em sofrimento psíquico dos trabalhadores atuantes no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), em uma cidade do interior de Minas Gerais.

1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar a população assistida no CAPS II do estudo e a configuração da rede assistencial substitutiva em uma cidade do interior de MG;
- ✓ Analisar a invisibilidade da assistência e dos riscos presentes no contexto analisado e as estratégias de enfrentamento instauradas no cotidiano da assistência em um CAPS II;
- ✓ Discutir as (im)possibilidades de renormalizações individuais e coletivas do trabalhador na assistência ao paciente em sofrimento psíquico.

2. O VISÍVEL DO TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS AO INVISÍVEL DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

2.1 A ESPECIFICIDADE DO TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS

No setor de serviços, três características são fundamentais: a simultaneidade, a copresença e a coprodução. Conforme Orban (2005, p.18), a especificidade do trabalho nesse setor se caracteriza pela realização de *“uma atividade do prestador em um suporte que pertence ao beneficiário”*. No setor de serviços, produção e consumo acontecem no mesmo instante (SANTOS, 2017) e o produto não pode ser estocado. A impossibilidade de o produto ser estocado é o inverso do que é observado na indústria, cujo produto é palpável, estável e pode ser armazenado.

Como consequência da particularidade do setor de serviços é que também se estrutura uma relação mais direta entre trabalhador e consumidor, numa copresença, onde se articula o processo de produção e consumo, isso quer dizer, trabalhadores e consumidores juntos nos ambientes de trabalho e na execução das tarefas (ZARIFIAN, 2001; PENA, 2011).

Para Goffman (1974), em estudos das interações sociais estabelecidas durante a relação de serviço, onde duas pessoas ou mais estão em copresença, ou seja, onde há a comunicação, controle mútuo de suas aparências, suas atividades e sua linguagem corporal durante as trocas, pode-se, por meio das análises desses aspectos, visualizar as competências mobilizadas e situadas durante as lógicas de engajamento entre as pessoas nos atos de serviço e como as competências técnicas, contratuais e civis são utilizadas nestas situações.

O terceiro conceito também resultante da relação mais direta entre trabalhador e consumidor se refere à caracterização do serviço como uma coprodução (ZARIFIAN, 2001; ORBAN, 2005; MEIRELLES, 2006; PENA e MINAYO-GOMEZ, 2010). De acordo com Whitaker (1980), três formas de coprodução podem surgir da relação entre profissionais e usuários: 1) relação de auxílio dos profissionais aos usuários e há uma reformulação dos procedimentos administrativos pelos profissionais ao compreender a demanda; 2) relação de auxílio dos usuários aos profissionais (por exemplo, família auxiliando o membro usuário do CAPS); 3) há ajustes mútuos entre usuários e profissionais (por exemplo, profissionais e usuários do CAPS entrando em comum entendimento sobre expectativas em relação ao cuidado em saúde mental que consideram importantes).

Além destas atitudes na prestação de serviços, nos serviços em saúde, também são necessárias práticas cooperativas. Mendes (2014) esclarece que para o agir em saúde é utilizado um conjunto de atividades desenvolvidas de forma articulada e sucessiva sobre um determinado objeto que sofre a ação do trabalho humano que o transforma, pelo uso de meios e instrumentos com a finalidade de produzir um determinado produto material, imaterial ou serviço. Nesse sentido, o produto resultante do processo de trabalho no setor saúde seria a saúde preservada ou reconstituída, em que o produto se mistura com o próprio consumo na forma de cuidado com a saúde (PENA, 2011) e em copresença e coprodução.

Contudo, na prestação de serviço, o valor do tempo de trabalho é fixado pela própria empresa (BABOIN, 2017). De acordo com Marx (1975), isso é desumano e perverso, porque o trabalhador se vê obrigado a trabalhar muitas horas para alcançar uma remuneração que garanta sua subsistência, ou seja, o empregador é quem dita a produção e o valor do trabalho.

Por sua vez, Rodrigues e Mendes (2019) discutem que os trabalhadores incorporados nesse ambiente convivem cotidianamente com vidas humanas em instantes de intensa vulnerabilidade, vivenciando emoções diversas que os expõem a riscos que estão além dos riscos visíveis. Uma forma mais favorável de se verificar quais são os instrumentos utilizados por esses trabalhadores para controlar essas variabilidades e concluir o trabalho é aprofundar no ambiente de trabalho, compreendê-lo e diferenciar as singularidades existentes em cada situação exposta.

2.2 A COMPLEXIDADE E AS CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO EM SAÚDE

O processo de trabalho dos profissionais de saúde objetiva a ação terapêutica de saúde e seu objeto é o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco que demandam resoluções de cura, com a finalidade de manter a saúde ou prevenir doença e se caracteriza como instrumento de trabalho e condutas que dizem sobre o nível técnico e prático do conhecimento, ou seja, o saber em saúde. O resultado é a prestação da assistência em saúde que é concebida concomitante ao momento no qual é consumida, característica do setor de serviços (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

A competência técnica adquirida em salas de aula é superada pelos saberes desenvolvidos pelos profissionais da área. A experiência de vida e de vivências com outros pacientes, durante o atendimento, são constantemente atualizadas, pois as experiências de vida do profissional e do paciente, os valores de cada pessoa, bem como crenças e sentimentos, a

forma de vida e o modo de ver o mundo estão presentes e podem influenciar o sucesso na relação profissional e com o paciente (PATRÍCIO *et al.*, 2019).

Apesar disso, as características intrínsecas do trabalho em saúde podem desencadear processos de adoecimento, haja vista que a prática desse profissional é permeada pela convivência constante com o sofrimento humano e a morte, em que tais situações podem interferir de forma negativa sobre o trabalho e gerar prejuízos psicológicos para o indivíduo (PIMENTA *et al.*, 2020).

Hennington (2011) aponta que o trabalho em saúde está entre uma dimensão intelectual e uma atividade com esforço físico que exige energia. Seu caráter de relacionar e lidar com as particularidades do sofrimento humano, o cuidado, a interação com o outro e a ‘manipulação de afetos’ são características do trabalho em saúde. Esse tipo de trabalho é caracterizado também como imaterial, porque, conforto, bem-estar e satisfação são produtos inatingíveis. Para Nogueira (2007) o trabalho em saúde é processo, é serviço que se realiza sobre e com as pessoas, o usuário é corresponsável pela ação terapêutica.

Assunção (2012) caracteriza o setor saúde, no cenário de reformas sanitárias, como um processo de trabalho que pressupõe um maior engajamento dos trabalhadores exigindo mais autonomia, resolução de problemas a nível local e uma reflexão sobre a realidade.

Mendes e Cunha (2018) ressaltam que a normatização e a burocratização não conseguem captar a evolução das situações imprevisíveis a nível organizacional. Destacam um descontentamento dos trabalhadores com a gestão, visto que a organização e a divisão do trabalho estão fundamentadas na produtividade, na exigência constante, na racionalização máxima, e em objetivos que não são colocados em debate. São escassas as normas e respostas para as eventualidades, convertendo em algo inerente ao serviço, a aplicação de meios próprios para resolver o trabalho.

Murofuse *et al.* (2009) complementam que é preciso muito mais do que a empatia nas relações sociais (ser cordial, alegre, humor positivo), é necessário que existam boas condições materiais e um trabalho coletivo na atividade de cuidado do outro.

2.3 A SAÚDE DOS TRABALHADORES NO SETOR SAÚDE

Os trabalhadores da saúde ocupam posição relevante na sociedade pela peculiaridade e complexidade da assistência em saúde. Mas, constituem, também, um grupo em constante exposição: as informações sobre as condições de saúde e trabalho deste grupo revelam o aumento de doenças e dos acidentes ocupacionais, que podem ser evitados com a adoção de

medidas preventivas (HELIOTERIO *et al.*, 2020; AGUIAR *et al.*, 2021).

Discutir a saúde dos trabalhadores nesse setor é compreender que o processo de trabalho está articulado com a saúde, ou seja, é registrado no corpo, no profissional, as evidências do trabalho, as condições nas quais ele é realizado, as marcas do prazer, do sofrimento, de tudo aquilo de que é criado, o saber, a história individual e coletiva do trabalhador (VEDOVATO *et al.*, 2021).

Estudos de Sobrinho *et al.* (2006) concluíram que os médicos de Salvador (BA) apresentaram falta de oportunidades para expandir habilidades essenciais, ausência de liberdade na tomada de decisões e de influenciar as decisões com cunho democrático no trabalho. Caracterizaram ainda a mão de obra: crescimento do trabalho informal, subcontratação, terceirização e precarização do trabalho médico no setor público, mas principalmente no setor privado, com redução do trabalho assalariado.

Do ponto de vista dos trabalhadores em saúde,

[...] sinalizam enfrentamentos cotidianos diante das condições inadequadas de trabalho. Várias queixas são relatadas: por um lado, eles nem sempre contam com os recursos e meios necessários para desenvolver as suas tarefas (faltam medicamentos, a equipe está incompleta, a referência não funciona, o laboratório está subdimensionado, etc.); por outro, estão cansados, os salários são baixos, falta reconhecimento pelos investimentos pessoais no desenvolvimento das tarefas e as avaliações de desempenho levam em conta os números e não os resultados (ASSUNÇÃO, 2011, p. 454).

Em muitos casos, trabalhar em saúde representa a autorrealização e a construção de identidades, pois o objetivo primordial é assistir o outro que demanda cuidado. É possível para os protagonistas colocar sentido, valor em sua atividade. Todavia, para Mendes e Cunha (2018) há sinais de absenteísmo associados aos indicadores de adoecimento nas categorias de enfermagem, por exemplo.

Mawn *et al.* (2010) apontam que a prevalência aumentada de doenças mentais em nível global acentua o cenário de múltiplas demandas para os trabalhadores e para o trabalho em saúde. Demerouti *et al.* (2000) esclarecem que os efeitos psicológicos negativos produzidos pelos contatos diretos com a dor e o sofrimento dos doentes e pelo excesso de responsabilidade exigidos são agravados nas situações em que o tempo para planejar e preparar o trabalho é insuficiente, as interrupções são constantes e o poder de decisão é mínimo (MENDES, 2014).

Nesse contexto, o foco não é em pessoas cuidadas, o que pode levar ao risco de uma gestão inadequada do trabalho em saúde, uma deficiência do cuidado, um desprezo pelas pessoas, pelo trabalhador e suas necessidades, uma negligência em entender ‘a saúde como

trabalho vivo' e o trabalho individual e coletivo com suas competências e experiências de colaboração (POSSA *et al.*, 2020).

Destaca-se também, no setor saúde, o risco aumentado de violência, apesar da violência relacionada ao trabalho afetar todos os setores e todas as categorias profissionais (ACIK *et al.*, 2008; ATAN *et al.*, 2013). Os dados epidemiológicos apontaram três unidades no ambiente hospitalar como as mais prováveis para a ocorrência de violência relacionada ao trabalho: setor de emergência (BORDIGNON & MONTEIRO, 2018), clínicas psiquiátricas, onde a fonte de violência eram constantemente os pacientes; e unidades de cuidado intensivo, nas quais a violência era proveniente da própria equipe de cuidado em saúde (CHAPMAN *et al.*, 2010; HAHN *et al.*, 2010; ATAN *et al.*, 2013).

Nesse íterim, de acordo com Salerno (2009), a equipe de saúde, especialmente de enfermagem está repetidamente presente na cena de episódios de violência e esta situação acarreta a demissão voluntária de enfermeiros, que é frequente e, muitas vezes, relacionada a fatores ligados às condições adversas do trabalho, como a violência. Assim, a violência e agressão podem, por exemplo, afetar negativamente a qualidade do atendimento e tratamento, causarem longos períodos de absenteísmo, baixo nível de satisfação no trabalho, desgaste físico e mental, sofrimento e rotatividade (MENDES; CUNHA, 2018).

Atualmente, observa-se o aumento de discussões sobre a questão da violência relacionada ao trabalho, sobretudo em relação à população trabalhadora em saúde, a nível global e o fato da enfermagem estar habitualmente se deparando com estes eventos (GATES *et al.*, 2006; LAU & MAGAREY, 2006; ANDERSON *et al.*, 2010; FRANZ *et al.*, 2010; ATAN, 2013; MENDES & CUNHA, 2018) com importantes consequências organizacionais e individuais (MADINE & SMITH, 2005; ANDERSON *et al.*, 2010) e comprometimento potencial na saúde física e mental (FRANZ *et al.*, 2010; LAMONT *et al.*, 2017; JÚNIOR *et al.*, 2021).

Outras pesquisas ainda apontam que enfermeiros de saúde mental e os médicos são profissionais que mais sofrem violência no trabalho, perdendo apenas para carcereiros e policiais (FOLEY, 2004; CATLETTE, 2005; ANDERSON *et al.*, 2010; FRANZ *et al.*, 2010). O grupo de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem experimentam, também, a maior carga de violência no trabalho (MENDES & CUNHA, 2018); aqueles que trabalham nas urgências e emergências apresentam, ainda, o maior risco (LAMONT *et al.*, 2017; BORDIGNON & MONTEIRO, 2018). Estes autores afirmam que essa é uma situação preocupante, pois os trabalhadores de saúde não estão preparados para lidar com a violência, que muitas vezes, vêm dos pacientes.

No momento atual, outras questões também se fazem pertinentes: em um contexto de pandemia de COVID-19, os trabalhadores da saúde se sensibilizaram para pressionar a gestão a possibilitar um cenário de segurança individual no decorrer das atividades laborais. A reorganização de fluxos de trabalho, instrumentos recentes e tecnologias foram abordados pelas categorias profissionais e isso provocou a mudança em várias situações de trabalho (CONASEMS, 2021).

Diversas funções entraram para a rotina dos profissionais: ações educativas em equipamentos sociais (mercados e farmácia); reconhecimento de grupos de maior vulnerabilidade social; ações de vigilância em instituições asilares, orfanatos e abrigos para pessoas com deficiência no território; informação das Unidades Básicas de Saúde sobre os casos confirmados, acompanhamento da quarentena dos contatos (por visita domiciliar, visita peridomiciliar, teleconsulta, whatsapp, telefone), identificação e notificação dos casos, foram pontos cruciais nesse período de reorganização da rede; busca ativa de pacientes crônicos e gestantes, entrega de medicamentos no domicílio; todos esses novos processos foram introduzidos dentro dessa conjuntura que teve uma questão dramática: o aumento de problemas relacionados à saúde mental de profissionais e pacientes demandando o planejamento de ações de suporte psicológico a esse grupo (CONASEMS, 2021).

2.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Tradicionalmente, a prática da psiquiatria asilar sempre ocupou um espaço indispensável no tratamento das pessoas com sofrimento psíquico. Foucault (1978) discute sobre o surgimento da psiquiatria e das práticas médicas de intervenção sobre a loucura e aponta para o encarceramento do enlouquecer, a classificações e terapêuticas declaradas científicas e a consequente subordinação da singularidade à norma da razão e da verdade do olhar psiquiátrico. O hospital que surgiu na Idade Média como instituição de caridade, ressurgiu no século XVII na modalidade de Hospital Geral com função de ordem social e política e, desse modo, definiu um novo lugar social para o louco e a loucura (AMARANTE, 2007). A análise do modelo psiquiátrico clássico também é abordada na obra de Goffman (1974) na qual inicia a introdução com o conceito de ‘instituições totais’ e durante todo o trabalho foca na situação do internado ao detalhar a estrutura, a origem e a microssociologia das instituições psiquiátricas.

Para Foucault (1978) a loucura na Idade Média era percebida como um lugar social, o homem representado em sua verdade pura, uma ideia de alteridade, ‘visão trágica da loucura’ (AMARANTE, 1998). O símbolo da loucura durante o Renascimento provém da presença de

barcos que conduziam a carga insana entre as cidades. “[...] E é possível que essas naus de loucos, que assombraram a imaginação de toda a primeira parte da Renascença, tenham sido nau peregrinação, navios altamente simbólicos de insanos em busca da razão [...]” (FOUCAULT, 1978, p. 15). A moda das Naus era, no século XV, composta por figuras sociais que embarcavam em uma grande viagem simbólica em busca de fortunas, do destino ou em busca de sua verdade.

O hospital surgiu inicialmente na Idade Média como instituição de filantropia, que tinha a função de hospedar, oferecia abrigo, alimentação, assistência religiosa aos leprosos, loucos, ladrões, enfim, aos pobres, desabrigados, doentes, marginais de toda sorte que representavam um sinal para a desordem social. O enclausuramento no hospital não tinha um sentido de natureza médica, o critério estava relacionado à ausência ou à presença da razão, pois o mundo, nessa época, era estruturado por uma compreensão ética baseada no Iluminismo que funda a primazia da razão. Ou seja, não há um olhar sobre a loucura que diverge das outras categorias excluídas, ainda não existe um saber médico e científico, cujo contexto se relaciona aos cenários econômicos, políticos e sociais que a modernidade introduz (AMARANTE, 1998; 2007).

O Hospital Geral para Foucault (1978), no século XVII, tratava-se de ‘A Grande Internação’ ou ‘O Grande Enclausuramento’ no qual exercia uma prática metódica e coletiva de separação de diversos grupos sociais, pobres, homens, mulheres, de qualquer lugar, idade, doentes, em qualquer condição, encaminhados por autoridades reais ou judiciárias, definia-se um novo ‘lugar social’ para os considerados loucos e a loucura. O louco era identificado como modelo de risco e de periculosidade social o que introduz a medicalização da loucura e a organização de um espaço específico (AMARANTE, 1998).

Assim, constata-se que, no final do século XVIII, o hospital de caridade sofreu uma transformação e procurou responsabilizar-se por funções mais sociais e políticas. De acordo com o lema da Revolução Francesa, Igualdade, Liberdade e Fraternidade, o hospital foi medicalizado, tentou-se humanizá-lo com a intervenção médica. As novas características se referiam a um local de exame, tratamento e formação do saber médico (hospital-escola e residência médica). Esse novo padrão estabeleceu um saber novo a respeito das doenças, mas também um olhar sobre a doença como uma doença institucionalizada. Ao mesmo tempo em que se tentava isolar, deixar em estado puro a doença, ela também era fabricada à medida que ocorria a atuação médica (AMARANTE, 2007).

O movimento de mudança do hospital social e filantrópico em instituição médica no caso da psiquiatria é configurado pela obra de Pinel. Em 1793, Pinel assumiu a direção de uma instituição pública filantrópica e iniciou a reestruturação do hospital, ao fundar a psiquiatria e

o hospital psiquiátrico. Nesse sentido, com a produção do *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania*, Pinel introduz inovações nas práticas dos hospitais e sobre a loucura. A ‘síntese alienista’ pode ser resumida assim: elaboração da primeira classificação das enfermidades mentais, a nosografia; estabelecimento do conceito de alienação mental e a profissão do alienista; delineamento do espaço asilar; propôs a norma do isolamento para os alienados e ordenou o tratamento moral como modelo terapêutico (AMARANTE, 1998; 2007).

As principais críticas dos contemporâneos de Pinel que se referem às frequentes denúncias de violência contra os internos, à observação de uma instituição com perfil rígido e fechado consolidaram um modelo reformista inicial à tradição pineliana. Esse sistema foi o projeto das colônias de alienados, uma iniciativa de recuperar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica, pois ao compreender que a internação se justifica pela doença mental então o tratamento adequado deve ser através da retomada da liberdade. Na verdade, as colônias são uma reciclagem do acordo da psiquiatria que surgia com o momento sócio-histórico da modernidade. Isso significa que o modelo das colônias reforça a dimensão social e política da psiquiatria e amortece a censura ao hospício tradicional, mantendo semelhanças com os asilos pinelianos (AMARANTE, 1998; 2007).

Dessa forma, as reformas posteriores à reestruturação pineliana objetivam pôr em relevo a função e origem da organização asilar, do saber da psiquiatria na contemporaneidade. Após a Segunda Guerra Mundial, a sociedade começou a refletir sobre a natureza do ser humano e colocou em destaque as atrocidades que ocorriam nos hospícios, com os pacientes psiquiátricos, semelhantes aos campos de concentração (AMARANTE, 2007).

Nesse sentido, surgem as primeiras experiências de reformas psiquiátricas que Amarante (1998; 2007) destaca como grupo inicial, a Comunidade Terapêutica (Inglaterra) e a Psicoterapia Institucional (França) que prezavam por mudanças na instituição, pois a questão a ser trabalhada era o modo de gestão do hospital, com a adoção de medidas administrativas, democráticas, coletivas e participativas, reduzidas ao âmbito asilar, não questiona a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos; o segundo grupo é constituído pela Psiquiatria de Setor (França), o território é dividido em setores e o paciente psiquiátrico tem assistência de instituição formada por uma equipe em seu meio social e cultural, antes ou após uma internação psiquiátrica e a Psiquiatria Preventiva (Estados Unidos) que acreditavam que o modelo hospitalar deveria ser desmontado ao mesmo tempo em que se construiriam serviços assistenciais. A Psiquiatria Preventiva acreditava que todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas ou então detectadas de forma precoce. Outro grupo que rompe com o paradigma da psiquiatria tradicional e não se trata de experiências de reforma é composto pela Antipsiquiatria

(Inglaterra), um novo projeto de comunidade terapêutica, e a Psiquiatria Democrática (Itália) cujo protagonista foi Franco Basaglia.

De acordo com Amarante (1998), o paradigma psiquiátrico clássico converte loucura em doença e gera uma demanda social que exige, dessa forma, tratamento e assistência, o que ocorre é que há uma separação do louco do meio social e ao mesmo tempo a loucura se torna objeto de uma análise e discurso. “A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade” (AMARANTE, 1998, p. 47). Ou seja, há uma correspondência entre punição e terapêutica com o objetivo de resgatar a razão e o equilíbrio, mas o rearranjo que aí se estabelece é uma relação que retira partes da subjetividade e da totalidade histórico-social ao classificar o sujeito conforme o saber médico. Esse saber competente é aumentado de forma progressiva no imaginário da sociedade moderna e ele justifica a categorização dos comportamentos. Antes se tinha a visão trágica inserida no âmbito social do Renascimento, agora se observa uma visão crítica geradora de restrição, ‘exclusão e morte social’ (AMARANTE, 1998) e com caráter depreciativo, não há relação com sofrimento (BARBOSA; BARBOSA; SALDANHA, 2022).

O espaço físico do manicômio visibiliza a prática e o saber psiquiátricos, local onde também se torna real a exclusão, produto da interação que a modernidade constrói em relação à diversidade. A tradição principiada por Franco Basaglia e mantida pelo movimento da psiquiatria democrática italiana têm a missão de realizar uma análise histórica e crítica sobre a sociedade e de como esta se posiciona frente ao sofrimento e à diferença. Isso se traduz em um movimento político, a sociedade e a estrutura das relações econômicas e sociais como centrais, centrais também são os movimentos sociais (AMARANTE, 1998; LOBOSQUE, 2020), representados por atores sociais atuantes e que intencionem uma colisão com a instituição.

Um trabalho de humanização iniciou na década de 60, no manicômio de Gorizia, por Franco Basaglia, era o começo de uma prática desses questionamentos anteriores. Alguns elementos integrantes do dispositivo psiquiátrico são fundamentais conforme aponta Barros (1994): nos modelos anteriores ainda a relação terapêutica médico/saber e prática e paciente/objeto continuava a ser reproduzido, o problema era a promoção da loucura limitada a objeto e a exclusão; outro elemento intacto era a relação de tutela e custódia, não havia o questionamento do conceito de periculosidade social embutido no saber da psiquiatria.

Nesse sentido, Amarante (1998) compreende que a situação exigia uma transformação para transpor os muros do manicômio, porque o que a experiência de Gorizia desvela é o vínculo entre os interesses macro político-sociais e a instituição psiquiátrica, ou seja, a amarração psiquiatria/control social/exclusão.

O movimento Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), fundado em 1973, em Bolonha possibilitou a denúncia civil de práticas simbólicas e concretas de violência na instituição e a ampliação dessa denúncia para além de problema dos profissionais de saúde mental. Foi incisivo ainda que, para transformar a assistência, seria preciso inventar um outro território das conexões entre cidadania e justiça. Isso é o que o projeto de transformação institucional de Basaglia preconiza: projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução, de compreensão de instituição como “[...] sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos” (AMARANTE, 1998, p. 49).

No Brasil, em abril de 1978, profissionais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde responsável pela elaboração das políticas de saúde do subsetor saúde mental, irrompem uma greve após 260 estagiários e servidores serem demitidos. O DINSAM contava com quatro unidades, localizadas no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho). O cenário é desolador: condições precárias de trabalho, com ameaças e violências aos próprios profissionais e aos pacientes; denúncias de agressão; violência sexual; trabalho análogo ao escravo e mortes não explicadas (AMARANTE, 1998; AMARANTE; NUNES, 2018).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) nasce nesse contexto de discussões de ordem trabalhista e caráter humanitário, nesse sentido, o movimento denuncia a carência de recursos nas unidades, em decorrência há um trabalho precário projetado na assistência aos pacientes e desvela as políticas do trabalho e saúde mental a nível nacional da época (ELIA *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2020). É o primeiro movimento em saúde com participação popular e de organizações, não institucionalizado. “[...] o MTSM que encampa e se transforma na Rede Alternativas à Psiquiatria, conhecida como ‘a Rede’ – movimento internacional criado em 1974, em Bruxelas [...]” (AMARANTE, 1998, p. 57). Em período recente, acontece a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial que propõe a responsabilização junto ao governo de alternativas apoiadas na prevenção, de forma extra-hospitalar e multidisciplinares.

Eventos importantes ocorreram no final da década de 70 e início da década de 80 com caráter de discussão e organização político-ideológica, denúncia sobre o saber e a prática da psiquiatria e as reivindicações por melhorias técnicas como, por exemplo, no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, em Camboriú. No mesmo ano, na semana anterior, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de

Janeiro, que possibilitou a vinda dos representantes das correntes de pensamento crítico em saúde mental como, Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman. Nos anos seguintes, aconteceram em 1979, em São Paulo, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental que discutiu a democratização no Brasil, a crítica ao modelo asilar do hospital psiquiátrico. No mesmo ano, em Belo Horizonte ocorreu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria com a presença de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel e deu enfoque à discussão sobre assistência psiquiátrica e participação da população. No ano de 1980 realizou-se o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Rio de Janeiro, em maio e em agosto, no qual se debateu, entre outros assuntos, a política nacional de saúde mental, as condições de trabalho. No mesmo ano, em Salvador, ocorreram, ao mesmo tempo, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental e o VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria no qual a crítica foi referente ao modelo assistencial que cronifica, estigmatiza e não é eficiente (AMARANTE, 1998; AMARANTE; NUNES, 2018).

No começo da década de 80, o convênio cogestão firmado entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o da Saúde (MS) estabelece a possibilidade de implantação de uma política de saúde caracterizada por um sistema público de oferta de serviços, uma cooperação entre as instituições, descentralização e regionalização, recomendações feitas pelos movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica (AMARANTE, 1998).

O movimento pela reforma de assistência psiquiátrica retoma suas origens e se afasta do movimento pela reforma sanitária; ressalta o viés de desinstitucionalização, de desconstrução; cria novas abordagens para lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, ou seja, discute a institucionalização da doença e do sujeito da doença. É urgente a mudança da Política Nacional de Saúde Mental na perspectiva da reforma psiquiátrica, ao passo que, o movimento sanitarista destaca mais os números do que as pessoas, deixando de escutar as diferentes singularidades (AMARANTE, 1998; PEREIRA *et al.*, 2020).

Amarante (1998) afirma que essa trajetória, caracterizada pela noção de desinstitucionalização (AMARANTE; CRUZ, 2015), inicia na segunda metade da década de 80, e nesse período, ocorrem muitos eventos, encontros e acontecimentos relevantes como a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (Congresso de Bauru), o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Santos), a Associação Loucos pela Vida (Juqueri), a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89,

cuja autoria é do deputado Paulo Delgado, e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em consequência da oitava Conferência Nacional de Saúde, os diversos participantes do MTSM resolveram realizar o II Congresso em Bauru, em dezembro de 1987. Houve a participação além dos trabalhadores, de usuários e familiares. Adotou-se o lema: Por Uma Sociedade Sem Manicômios, surgido em Buenos Aires um ano antes, no III Encontro da Rede de Alternativas à Psiquiatria. A data da aprovação da Lei Basaglia em 13 de maio de 1978, que reorganizou o modelo de assistência aos usuários em sofrimento psíquico na Itália, serviu de direção para a data no Brasil do Dia Nacional da Luta Antimanicomial que, desde 1988, é celebrada no dia 18 de maio (PASSOS, 2003; AMARANTE, 2007; LOBOSQUE, 2020).

A promulgação das leis estaduais de reforma psiquiátrica e a lei federal n. 10.216/01, juntamente com as resoluções elaboradas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, reiteraram as diretrizes do SUS no que tange à implantação de políticas de saúde mental baseadas nos serviços de atenção comunitária, pública e de base territorial, promovendo atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social. Diversas iniciativas de cunho político, social, legislativo e cultural que visavam modificar a situação e tecer alternativas foram colocadas em prática (AMARANTE, 1992, 1995, 1998; GOULART, 2006; AMARANTE; NUNES, 2018).

Desviat (1999, p. 150) evidencia que a inventividade da Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira, em comparação às reformas que ocorreram em outros países está em criar novas formas de lidar, conviver e tratar da diversidade na cidade, nos bairros, nas ruas, nas escolas, nas famílias, então “está na forma de integrar no discurso civil, na consciência social a trama de atuações que um programa comunitário deve incluir e também na forma de inventar novas fórmulas de atendimento, com base na participação dos diversos agentes sociais”.

Mendes (2014) aponta de modo objetivo as diferenças entre a psiquiatria tradicional e a saúde mental do ponto de vista teórico: na Psiquiatria Tradicional o modelo assistencial é centrado no médico; a assistência é hospitalocêntrica; o cuidado é individual; o paciente é passivo; não existem redes sociais e assistenciais; a clínica estabelecida é a da medicalização (contenção); o uso de drogas (dependência) é pautado no proibicionismo e o tratamento ocorre em espaços fechados.

Na Saúde Mental o modelo assistencial é baseado em uma clínica ampliada; a assistência ocorre dentro de uma rede substitutiva; o cuidado é individual e coletivo; o paciente possui uma participação social e cidadã; as redes sociais e assistenciais possibilitam uma

inclusão social; a clínica estabelecida é dúbia, ao mesmo tempo em que há um suporte interdisciplinar há também o uso de medicação; o uso de drogas é pensado como uma redução de danos e o tratamento acontece em espaços abertos.

Nesse sentido, esse percurso demonstra um rompimento durante o processo da reforma psiquiátrica brasileira e avança no sentido de converter-se em um processo que acontece ao mesmo tempo nas esferas técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 1998). E Delgado (2019) e Lobosque (2020) afirmam que, apesar disso, hoje a reforma psiquiátrica está em um momento de ameaça, pois a perspectiva antimanicomial que fundamenta a reforma é antagonista à derrocada do Estado de direito, ao desmonte da saúde pública e da educação, à negligência aos direitos humanos e à violência que assolam o país.

2.4.1 CAPS: território de pesquisa e análise

Amarante (2007) esclarece que a atenção à crise, compreendida segundo o modelo clássico da psiquiatria como situação de grave disfunção em consequência da doença, pode ter como resolução segurar a pessoa em crise, usar medicamentos injetáveis, a eletroconvulsoterapia (ECT), amarrar a pessoa. Por outro lado, no âmbito da saúde mental e atenção psicossocial, a crise deve ser entendida em decorrência de um conjunto de elementos que envolvem outras pessoas, é um processo social, talvez exista uma redução da solidariedade, os recursos são precários.

Assim, os serviços de atenção psicossocial devem funcionar de portas abertas, por demanda espontânea e/ou referenciada, com livre acesso para que o acolhimento de pessoas em intenso sofrimento psíquico aconteça (ELIA *et al.*, 2018). Nesse campo, usa-se a palavra ‘responsabilizar-se’ pelas pessoas que estão em cuidado, além disso, objetiva-se uma rede de interações entre sujeitos que escutam e cuidam, médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre outros atores com os usuários, famílias e outros atores sociais (AMARANTE, 2007; PEREIRA *et al.*, 2020).

De acordo com Amarante (2007), os serviços de atenção psicossocial, por acolher pessoas em crise, devem poder ofertar leitos de suporte para que a pessoa possa estar em internação por um período curto. No Brasil, as portarias n. 189/91 e 224/92 instituíram os hospitais-dia, as oficinas terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Em 1986 ocorreu a abertura do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (ELIA *et al.*, 2018).

Em São Paulo foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outras iniciativas começaram a surgir. São serviços que cumprem a função inédita de oferecer cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico grave sem lançar mão da hospitalização ou do frágil modelo ambulatorial (que consistia em consultas esparsas de renovação de receitas, ou de tímida oferta psicoterápica). Uma função alternativa ou intermediária ao modelo hospitalar predominante naquele período (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2071).

Os Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS) são serviços substitutivos da rede pública de saúde que objetivam, como parte de uma rede comunitária, oferecer tratamento às pessoas com sofrimento psíquico em seu território para possibilitar a estabilidade do vínculo com suas famílias e a comunidade, o exercício de sua cidadania e o cuidado em liberdade. Nesse sentido, o CAPS é um serviço estratégico na materialização da atual Política de Saúde Mental no Brasil. São, dessa forma, serviços que buscam ultrapassar a lógica manicomial e na prática substituem os hospitais psiquiátricos, antigos hospícios ou manicômios, seus métodos para lidar com as pessoas acometidas por sofrimento mental e substituem as internações psiquiátricas. Foram instituídos por meio da Portaria/SNAS Nº 224 - 29 de janeiro de 1992.

O Conselho Federal de Psicologia (2013) esclarece que o Centro de Atenção Psicossocial são instituições designadas para acolher pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente e pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas (BRASIL, 2020). Apresenta como característica principal a busca da integração dos usuários a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares, promovendo sua reabilitação psicossocial.

Os CAPS são definidos em função dos graus de complexidade da assistência e da abrangência territorial (BRASIL, 2004; 2011):

CAPS I – atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, além de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes. Existem 822 unidades no país.

CAPS II – atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes. Existem 431 unidades no país.

CAPS III – atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de

semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. Existem 63 unidades no país.

CAPS ad – atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes. Existem 272 unidades no país.

CAPS ad III – atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. Existem 5 unidades no país.

CAPSi - atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes. Existem 149 unidades no país.

Outros dispositivos assistenciais se apresentam como pilares integrativos para efetivar o cuidado, como a conexão necessária com as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Convivência e Grupos de Produção e Geração de Renda, as Residências Terapêuticas, a retaguarda em Hospitais Gerais (noturna, feriados e finais de semana), a implantação do Programa de Volta Para Casa e a construção de ações intersetoriais (PEREIRA *et al.*, 2020).

A atenção em saúde mental, no regime de internação, às pessoas em intenso sofrimento psíquico que requeira a intervenção hospitalar é regulado por mediação do CAPS de referência. São leitos de saúde mental nas enfermarias no hospital geral com o objetivo de possibilitar intervenções de curto prazo para estabilização do sujeito (BRASIL, 2015).

A atenção hospitalar é o serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades em função do uso do crack, álcool e outras drogas (AMARANTE, 2007).

De acordo com a Reforma Psiquiátrica, o trabalho em saúde mental está em transição entre uma prática de cuidado hospitalar, que visava à contenção do comportamento dos “doentes mentais”, para a incorporação de uma prática interdisciplinar, aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, a atuação das equipes de saúde mental, os familiares e a própria comunidade, superando a perspectiva disciplinar de suas ações

(OLIVEIRA; ALESSI, 2003). No âmbito hospitalar, a assistência integral à pessoa com sofrimento psíquico é realizada por uma equipe multidisciplinar que utiliza como estratégia de intervenção a internação, quando os recursos extra-hospitalares, naquele momento, são insuficientes (BRASIL, 2001).

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS, em regime de atendimento intensivo, é composta por médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002; BRASIL, 2015).

Dessa forma, os serviços de atenção psicossocial devem estar atrelados ao princípio de intersetorialidade, ou seja, promover a articulação com os vários setores sociais (políticas públicas e da sociedade), como recursos no campo da saúde mental, a Rede de Atenção à Saúde Mental (outros serviços de atenção psicossocial, cooperativas, residências de egressos ou outras pessoas em situação de precariedade social, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais) e na área da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, ambulatórios, hospitais gerais e especializados) (AMARANTE, 2007).

Com a finalidade de melhorar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, assegurar a articulação e a integração de todos os recursos das redes de saúde no território foi constituída a Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Isso faz parte da inovação na atenção psicossocial. De acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) deve ser estruturada e articulada a partir de sete eixos e com apoio matricial:

- 1)Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Saúde da Família, Consultório de Rua, Apoio aos serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura;
- 2)Atenção Psicossocial Especializada: CAPS I, II ou III; CAPS ad; CAPSI;
- 3)Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas; Pronto-socorro em hospital geral;
- 4)Atenção Residencial de Caráter Transitório: unidades de acolhimento adulto e infanto-juvenil; Serviço de Atenção em Regime Residencial;
- 5)Atenção Hospitalar: Enfermaria em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental;
- 6)Estratégias de Desinstitucionalização: Serviço Residencial Terapêutico, Programa de Volta para Casa;
- 7)Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais (BRASIL, 2011 - Portaria 3088).

2.5 SAÚDE MENTAL

De onde surge o conceito de saúde mental? No pós-guerra o conceito de higiene mental cede lugar à noção de saúde mental. No ano de 1948, na cidade de Londres, no 3º Congresso Internacional de Higiene Mental faz-se uma declaração sobre Saúde mental e cidadania mundial. Após esse período as mudanças começaram a ocorrer, como implantação de centros de saúde para descentralizar os cuidados do manicômio e possibilitar o cuidado no território; a ideia de saúde mental utiliza-se dos conceitos de desalienação e de desinstitucionalização. E percebe-se que a expressão saúde mental passa de instrumento de inclusão social a um equipamento acessório de ajustamento buscando manter a felicidade segundo o domínio dos princípios neoliberais conforme Bellahsen (*apud* CAVALHEIRO & CALÇA, 2019).

A partir dos anos 80 quando ocorreu a reforma sanitária brasileira e aconteciam diversas lutas sociais, econômicas e políticas no campo da saúde, transformações, segundo Cavalheiro e Calça (2019), também foram verificadas na psiquiatria, como utilização de protocolos, procedimentos das atuações e dos tratamentos, o tratamento torna-se predominantemente medicamentoso, trabalha-se com teorias psicológicas como a psicanálise e como da área médica como a neurologia e a neurociência.

Na Europa a padronização dos cuidados associada à certificação de normas e procedimentos impõem à psiquiatria a utilização do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) salientando os sintomas, o tratamento em conformidade com esse formato de verificar o diagnóstico e coloca o sujeito e seu sofrimento entre parênteses (CAVALHEIRO & CALÇA, 2019).

Assim, os autores ressaltam que o papel da neurociência e sua busca pelos neurotransmissores e a função do diagnóstico sugerem uma mecanização do adoecimento do sujeito, as experiências, as relações com seu meio, as questões subjetivas são apartadas da pessoa. O tratamento em psiquiatria se reduziu em muitos casos ao diagnóstico e à uma sequência de medicamentos propostos pela indústria farmacêutica com promessas de normalizar o sujeito. Nessa inclinação, pode-se apenas focar no momento da crise e o processo da pessoa se perde, e muitas vezes a assistência e o amparo são transmitidos aos órgãos sociais e à família.

O adoecimento mental caracteriza-se por uma determinação complexa que envolve as dimensões econômica, social, política e cultural, expressando-se diferentemente a forma como as pessoas percebem a si. No campo da saúde/saúde mental, não obstante o redimensionamento epistemológico, ainda é significativa, ou mesmo hegemônica, a influência do modelo biomédico nas investigações voltadas a questões relacionadas ao processo saúde-doença, predominando a dimensão técnica, em detrimento das relações intersubjetivas (BEZERRA, 2022, p. 105).

É o que Possa *et al.* (2020) afirmam sobre o trabalhador tratar da mensuração dos procedimentos realizados e então perde-se o foco em cuidar de pessoas. Com a desarticulação do conceito de homem em sua integralidade, a perspectiva flui para a lógica de ter ou não os sintomas, elaboração de diagnósticos inseridos em categorias, cálculo dos cuidados, os cuidados se tornam inconstantes. “[...] sob o pretexto da ideia de uma desestigmatização. Torna-se, então, desvalorizado o lugar para a relação, para a transferência, segundo os conceitos psicanalíticos – ponto que permanece fundamental para o processo de cura” (CAVALHEIRO & CALÇA, 2019, p. 103).

Os autores ainda esclarecem que concepção de cura está baseada em duas direções, a cura subjetiva resultado da interação do sujeito com o meio e a cura objetiva definida pelo DSM. Então passam a existir casos incuráveis como de pessoas com perturbação causada pela psicose, pois presos nessa lógica que quantifica são preteridos às organizações sociais nas quais o tratamento psicoterápico e o cuidado não são a essência do trabalho. A afirmação que existem casos que são incuráveis frustra o sujeito e modifica sua relação consigo mesmo, transformam as expectativas e investimentos dos cuidadores em relação à pessoa. Na França, os dispositivos de cuidados à pessoa em sofrimento psíquico têm sido caracterizados como desarticulados e inconsistentes na sequência de cuidados e isso acarreta uma responsabilização das famílias.

Dessa forma, transformações também são ressaltadas de como se deu a passagem da saúde mental no âmbito da saúde para a esfera econômica. Para discutir esse ponto Dardot e Laval (2016) afirmam que, no neoliberalismo, o homem moderno deve se ver como um negócio, uma firma gerenciando seu capital em todas as áreas da sua vida, saúde, sexual, intelectual. Isso quer dizer que, para os autores, o neoliberalismo clássico se limitava ao âmbito econômico, mas o neoliberalismo nos tempos atuais invade os setores da vida humana pautado na disputa segundo Bellahsen (apud CAVALHEIRO & CALÇA, 2019).

A saúde mental é um estado de bem-estar mental que permite que as pessoas lidem com o estresse da vida, percebam suas habilidades, aprendam e trabalhem bem e contribuam para sua comunidade. É um componente integral da saúde e do bem-estar que sustenta nossas habilidades individuais e coletivas para tomar decisões, construir relacionamentos e moldar o mundo em que vivemos. A saúde mental é um direito humano básico. E é crucial para o desenvolvimento pessoal, comunitário e socioeconômico (OMS, 2021).

Também a noção de bem-estar e de felicidade são abarcadas no discurso econômico associada à produtividade. A questão que se destaca nessa relação é que a concepção que fundamenta a vida subjetiva do ser humano implica no modo como os cuidados se estruturam. O que está velado é que o sujeito pode a qualquer tempo controlar sua vida por força de vontade

de acordo com Bellahsen (apud CAVALHEIRO & CALÇA, 2019). E Barbosa; Barbosa e Saldanha (2022) apontam uma enorme quantidade de casos de subnotificação de transtornos psiquiátricos, devido à recusa de atendimento associado ao estigma (pessoa perigosa e violenta), e ao despreparo do sistema de saúde e dos profissionais de saúde no serviço que é porta de entrada em relação aos cuidados a esse usuário. Nesse artigo, os autores citam dois exemplos de mulheres que são pessoas em sofrimento psíquico, mas que têm que seguir a vida na tentativa de controlá-la por força de vontade, conforme a discussão acima. Essa explanação faz desaparecer a existência humana com as suas imprevisibilidades e aquilo que é inevitável.

Foucault (1994) afirma que utilizam-se, nas diversas instituições como as prisões, os asilos psiquiátricos, as escolas, os quartéis, as famílias, processos e técnicas sobre os indivíduos ou grupos com o objetivo de transformar as pessoas em sujeitos morais e dotados de razão. Guattari (1981) aponta que as instituições em regimes totalitários produzem seres humanos “serializados”, e se o sujeito estiver “fora da linha” será repreendido. Para esse autor, o capitalismo é comparado ao regime fascista, que trabalha no um a um, como uma micropolítica, controla e manipula o sujeito através da captura do desejo de modo que ele não perceba, é uma “sociedade do controle”.

Nesse sentido, a organização capitalista como empresa de saúde determina dos cuidadores que o sujeito se torne objeto e adeque às normas. Assim, é relevante incentivar um estudo crítico sobre as práticas de saúde no campo do sofrimento psíquico especialmente, pois este revela quais as concepções que embasam aquelas atividades.

3 PERCURSO TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 MODOS DE GESTÃO

A administração pública engloba, nas palavras de Pereira e Spink (2001), reconhece os modos ideais das empresas, pois os atuais papéis do Estado mundializado reivindicam estratégias administrativas e competências originais. No final do século XX, acontecem mudanças de uma concepção burocrática para uma abordagem gerencial. Isso quer dizer que a ótica burocrática foca nos processos, é autorreferente, centraliza-se no seu ponto de vista e em sua demanda, concentra-se em afirmar o poder do Estado. A abordagem gerencial concentra nos resultados e considera que os Estados democráticos elaborem e executem políticas públicas

de modo estratégico nas áreas sociais, científica e de tecnologia. Abrucio citado por Pereira e Spink (2001) denomina a administração pública gerencial de “gerencialismo puro”, pelo qual caracteriza a “nova administração pública”.

Burgos e Bellato (2019) afirmam que no seu primórdio o gerencialismo reporta à atitude conservadora que começou na Inglaterra em oposição ao modelo burocrático do *Welfare State*. Assim, o gerencialismo é um fundamento de reforma do Estado baseado em preceitos englobados do mercado e se caracteriza por um delineamento e concepção de políticas com destaque em propósitos de desempenho para orientar o funcionamento do setor público.

Gaulejac (2007) discute gestão enfatizando a sociedade gerencial que é um conjunto que possui em seu núcleo o universo econômico, social e cultural sentenciado pela empresa. A gestão gerencialista é um pensamento que interpreta as atividades humanas em parâmetros de desempenho e por sua vez traduz esse desempenho em custos ou benefícios; é uma combinação de regras racionais e irracionais, prescrições rigorosas e utópicas, instrumentos de medida refinados, técnicas de avaliação concretas. O gerencialismo se tornou uma “escola” norte-americana baseada no princípio positivista e industrial dos Estados Unidos.

No Brasil, o gerencialismo se fez presente durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) para responder à crise do Estado, da década de 80, como, por exemplo, diminuição do Estado em administrar o sistema econômico de modo adicional ao mercado; tornar-se mais produtivo os grandes serviços de responsabilidade do Estado. Nesse sentido, ela é voltada para o cidadão e para o alcance de resultados; supõe-se que políticos e funcionários públicos são dignos de confiança, há o contrato de gestão como ferramenta para fiscalização dos gestores públicos, descentralizada, há o incentivo à criatividade e inovação (PEREIRA E SPINK, 2001).

O gerencialismo é uma técnica de instrumentalização e operacionalização das políticas públicas previamente desenvolvidas e aceitas pela organização. É, portanto, meio de implementação. Nesse sentido, não se distingue da burocracia, que, também, não apresenta o elemento político como caracterizador de seu conceito, ao contrário, enfatiza o aspecto procedimental interno das organizações públicas. O que os distingue são os métodos adotados para o alcance dos fins pretendidos, entre eles a adoção de critérios mais flexíveis ou rígidos e a ênfase nos meios ou nos resultados (COELHO, 2000, p. 260).

Dessa forma, é interessante observar que tanto na Inglaterra quanto no Brasil o gerencialismo não desfaz do sistema burocrático que tinha a finalidade de transpor e não se separa da visão tecnocrática. Ressalta-se ainda que o gerencialismo será o alicerce da conduta de elites políticas reformistas com disposição para realizar o projeto de modernização dos diversos serviços públicos (BURGOS E BELLATO, 2019).

À vista disso é que a questão da Saúde e Segurança é muito relevante e exige uma compreensão da sua profundidade e apreensão de que forma ela se acomoda de acordo com seu modo de gestão (CHANLAT, 1995). Ou seja, qual a importância que o modelo de gestão ocupa no âmbito da Saúde e Segurança no Trabalho (SST)?

Modo ou método de gestão é a soma de técnicas administrativas que foi posta em ação pela liderança da empresa para alcançar os resultados estabelecidos. É dessa maneira que o modo de gestão concebe a definição das políticas de gestão de pessoal, das condições de trabalho, de como controlar e avaliar os resultados, das formas de estruturas organizacionais, como são as relações hierárquicas (CHANLAT, 1995).

O autor esclarece que os aspectos que influem sobre o método de gestão são os externos como o contexto econômico, a concorrência, a intensificação e multiplicação das relações entre os agentes econômicos dos diversos países, contextos políticos, cultural e social e os internos como os recursos, tipo de pessoal, tecnologia usada, estratégia, perfil dos diretores, a cultura da empresa.

Chanlat (1995) ressalta quatro modos de gestão, a saber: 1) *o modo de gestão tayloriano e neotayloriano* (se caracteriza por uma divisão de trabalho de forma fragmentada, há a divisão entre quem concebe e quem executa o trabalho, há o controle do tempo, tarefas repetitivas e, nesse modelo, o ser humano é visto como aquele que apenas tem força física e muscular e é movido por dinheiro); 2) *o modo de gestão tecnoburocrático* (se configura por uma divisão do trabalho parcelada, há uma pirâmide de hierarquias, regulamentos, relevância de especialistas e técnicos, controle refinado, autonomia e direito de expressar debilitados para o nível inferior e comunicação inacessível entre os diferentes patamares da empresa, o poder é centralizado, o ser humano e suas práticas estão subordinados às normas e há um apelo à razão); 3) *o modo de gestão baseado na excelência* (se define pela supremacia do sucesso, flexibilidade e polivalência dos trabalhadores, as gratificações são de modo individual, as ações são bastante valorizadas, o indivíduo se mobiliza em função da empresa e as relações de hierarquias são “neutras”); 4) *o modo de gestão participativo* (concebe a ideia de que o ser humano é responsável, então há total autonomia para realizar a tarefa e, nesse ínterim, deve participar de todos os níveis da gestão, nível da organização do trabalho, nível do poder, nível dos resultados).

Evidencia-se que o método de gestão em termos de saúde e segurança do trabalho não é divergente do modo de gestão utilizado na empresa. Outro ponto é a interferência do modo de gestão sobre a SST no trabalho no nível da segurança e a nível da saúde mental e física. No nível da segurança, Chanlat (1995) ressalta que os incidentes menores, como acidentes

individuais e ferimentos, e os grandes incidentes, como as tragédias de Bhopal, Tchernobyl e Titanic, confirmaram que insuficiências de ordem técnica e organizacional revelam que são consequências de certas práticas de gestão. A nível da saúde mental e física, o autor destaca que há influências dos métodos de gestão sobre a saúde de acordo com estudos sobre estresse emocional, psicopatologia do trabalho.

Entre os modos de gestão citados, Chanlat (1995) discute que o modelo de gestão tecnoburocrático tem responsabilidade por algumas questões de saúde encontradas em serviços públicos, como os sistemas de saúde, os serviços sociais e no setor de educação, porque nesse contexto, a inflexibilidade das tarefas diminui a autonomia e impossibilita ao trabalhador de lidar com o fortuito ou que não foi bem analisado pelos gestores. Somado a isso a pressão do orçamento, o desprestígio e a segregação de algumas categorias acarretam os impedimentos que enfermeiros, docentes, outros trabalhadores da saúde, trabalhadores sociais, executivos encaram. Os trabalhadores submetidos a esse método são impelidos à pactuar com uma ideia antagônica “[...]difícil de superar, a saber, fazer bem o que se tem que fazer ainda que impedido de fazê-lo” (CHANLAT, 1995, p. 124). Essa divergência pode contribuir para a origem de diversos problemas de saúde.

Nesse sentido, para transformar o modo de gestão, inicialmente, precisa-se compreender que o modelo é uma criação social, e, portanto, passível de mudanças usando instrumentos do passado e atuais e considerando o saber, a criatividade e a responsabilidade do trabalhador. Essa reforma pode abranger as condições de trabalho e a sua organização. Dessa forma, pode-se reconhecer e refinar determinadas tarefas, rearranjar o processo de produção, incorporar a polivalência e a rotatividade, adaptar os horários de trabalho, possibilitar maior versatilidade e independência dos trabalhadores, recrutar ou recolocar certos meios e propiciar a formação de um lugar para a palavra nos diferentes níveis. Essas mudanças apenas serão plausíveis caso o modo de gestão prescrita seja congruente com a prática (CHANLAT, 1995).

3.2 A ABORDAGEM ERGONÔMICA

O termo ergonomia, *ergon* (trabalho) e *nomos* (leis e regras), que são palavras gregas, surgiu em 1857 no trabalho “Ensaio de ergonomia, ou ciência do trabalho, baseada nas leis objetivas da ciência sobre a natureza”, do cientista polonês Wojciech Jastrzebowski. A ergonomia foi formalizada a partir de 1949 quando ocorreu a criação da *Ergonomics Research Society*, na Inglaterra. Nos anos seguintes, em 1959, surgiram a *Human Factors Society* (HFS)

e a *International Ergonomics Society* (IES) nos Estados Unidos e, em 1963, na França foi criada a *Société d'Ergonomie de Langue Française* (SELF) (ABRAHÃO *et al.*, 2009).

Uma definição encontrada para ergonomia reflete a compreensão de sociedades científicas internacionais como *International Ergonomics Association* (IEA), *Société d'Ergonomie de Langue Française* (SELF) e a Associação Brasileira de Ergonomia (ABERGO, 2022): a Ergonomia ou Fatores Humanos é entendida como uma disciplina científica que busca compreender as relações entre o homem e outros sistemas, e a aplicação de teorias, pressupostos, dados e métodos a projetos com o objetivo de potencializar o bem-estar humano e o desempenho global do sistema.

Para Falzon (2007) a disciplina ergonômica explicita dois objetivos: um com foco na organização em termos de eficiência, produtividade, confiabilidade, qualidade e outro centrado nas pessoas e põe em relevo a segurança, a saúde, o conforto, a facilidade de uso, a satisfação. A abordagem ergonômica, nesse sentido, tem como fio condutor o ponto de vista da atividade nas situações de trabalho.

Enquanto ergonomista, compartilho dessa orientação – ainda mais que o campo de pesquisa e de intervenção da ergonomia é a própria atividade de trabalho (quando o homem está trabalhando, o que faz e como o faz?) – de modo a trazer uma contribuição à transformação do que a determina (a técnica, a administração, a formação, a organização...) (DURAFFOURG, 2013, p. 39).

Nesse sentido, para Abrahão *et al.* (2009) o objetivo da ergonomia também é transformar o trabalho para adaptá-lo às características e a variabilidade do ser humano e do processo produtivo. A ação ergonômica consiste em procurar respostas às questões advindas da inadequação dos artefatos, da organização do trabalho e dos ambientes ao modo de desempenho humano. O produto resultante é de origem tecnológica ou organizacional nas mais variadas situações de trabalho (MENDES, 2014) com o intuito de transformar a ação dos homens fundamentada em conforto, qualidade, eficiência e eficácia.

De acordo com Mendes (2014), é imprescindível e urgente o uso de metodologias que analisem e avaliem as práticas e condições de trabalho, as formas como o trabalho é organizado, os mecanismos do agir humano e seus “*gestos*”; que implementem mudanças em dispositivos técnicos, na organização e gestão da empresa, nos programas de formação e qualificação dos trabalhadores, através de indicativos.

Abrahão *et al.* (2014) acrescentam que diante das demandas a ergonomia precisa analisar as diversas dimensões da situação, porque, dessa forma, apreende o contexto da organização e os elementos que condicionam o processo de produção: dimensão social e

demográfica, leis e regulamentações, ambiente geográfico da empresa, dimensão técnica e produção.

Nesse sentido, a ação ergonômica e as escolhas metodológicas são fundamentadas na interdisciplinaridade, na análise de situações reais e no envolvimento dos sujeitos (ABRAHÃO *et al.*, 2009). E o argumento mais importante para o estudo das situações reais é que os aspectos da prescrição nem sempre aparecem nos documentos formais. E uma ação ergonômica se constrói com o envolvimento dos trabalhadores em três momentos, porque,

Se por um lado o ergonomista possui ferramentas teórico-metodológicas para analisar a situação, por outro é o indivíduo quem detém as competências sobre seu trabalho e possibilita a compreensão da atividade em profundidade e amplitude (ABRAHÃO *et al.*, 2009, p. 40).

Isso quer dizer que o trabalhador carrega consigo suas experiências, representações e estratégias para lidar com os constrangimentos e as usa com o objetivo de ajustar o processo produtivo.

Assim sendo, ressalta-se que para discutir a presente pesquisa destacam-se alguns conceitos explicitados por Abrahão *et al.* (2009) para orientar a metodologia de ação e a discussão como: a situação de trabalho, tarefa e atividade, a população de trabalhadores, a organização do trabalho.

Na situação de trabalho os elementos envolvidos e articulados no processo de análise são (ABRAHÃO *et al.*, 2009):

- As condições de trabalhos: condições materiais e instalações físicas como posto de trabalho, equipamentos, instrumentos, mobiliário, exposição a ruídos ou gases, iluminação, vibração, temperatura;
- A população de trabalhadores: aspectos antropométricos, fisiológicos, culturais, psicológicos e sociais como sexo, idade, formação, experiência, envelhecimento;
- A organização da produção e do trabalho: organização dos tempos, ritmos e metas, divisão do trabalho, hierarquia, comunicação, atribuições de cargo e funções, natureza da tarefa, modo operatório, normas de produção, regras e procedimentos de trabalho, critérios de qualidade e de produtividade.

Com relação ao conceito de tarefa, Guérin *et al.* (2005) e Abrahão *et al.* (2009) afirmam que o conceito se refere àquilo que pode ser previsto, bloco de prescrições em relação àquilo que é dever do trabalhador realizar, de acordo com normas e a padronização de quantidade e

qualidade e através das condições de trabalho. Em contraposição com a evolução do termo, há um espaço para o imprevisto, não se consegue prescrever tudo, pois se compreendeu que os sistemas de produção não são estáveis.

Para explicar isso, a Ergonomia da Atividade esclarece que “o trabalho nunca é simples execução das instruções” (DANIELLOU, 2004). Ou seja, o trabalho é compreendido como uma das atividades humanas em que o objetivo é determinado socialmente, assim como as normas e condições para sua execução, mas o resultado do trabalho é sempre singular. Os objetos produzidos trazem em si traços da atividade de quem o produziu. “Esse traço pode ter a ver com o conjunto de conhecimentos específicos, modos particulares de utilização das máquinas ou ferramentas, etc.” (GUÉRIN *et al.*, 2005, p.18).

Nesse ínterim, surge a ideia de variabilidade da produção como: variações sazonais no volume de produção, variações das matérias-primas, incidentes que ocorrem em um dispositivo técnico, variações instantâneas da demanda em natureza e volume, variações do ambiente, variações imprevisíveis do material sobre o qual se trabalha (ABRAHÃO *et al.*, 2009).

É importante ressaltar também o estudo das variabilidades intraindividuais e interindividuais que objetivam a compreensão do modo como os trabalhadores respondem à multiplicidade das situações, dos efeitos para a saúde e para a produção. O estudo das características da população de trabalhadores (outro elemento fundamental na situação de trabalho) gera informações para a compreensão das políticas da empresa, as consequências do trabalho, o avanço das condições de trabalho, a mudança da tecnologia e do modo de produção. As variáveis como idade, sexo, escolaridade, profissão, uso de meio de transportes, dados de saúde e doença, antropometria, nutrição, condições de moradia, recursos econômicos podem ser organizados em grupos e serem articuladas com alguma demanda. Isso quer dizer que se trata de apreender as variabilidades interindividuais (aprendizagem, estratégias operatórias, modos operatórios, resolução de problemas), as variabilidades intraindividuais (ciclo circadiano, alterações hormonais, fadiga, ritmos biológicos, aprendizagem) e o progresso a médio e longo prazos do desenvolvimento de competências e efeitos do envelhecimento (GUÉRIN *et al.*, 2005; ABRAHÃO *et al.*, 2009).

Nesse sentido, trabalhar é gerir constantemente a variabilidade (GUÉRIN *et al.*, 2005; FALZON, 2007). A atividade de trabalho consiste na realização do trabalho prescrito, considerando-se as restrições e as vantagens dispostas pelas variabilidades. É gerenciar situações indefinidas quanto ao seu possível fim em termos de confiabilidade, qualidade, saúde e segurança (DURAFFOURG, 2013).

Isso quer dizer que, nesse processo, o trabalhador é impelido à regular um conjunto de condicionantes e de situações imprevistas que não podem ser reduzidos à tarefa (DANIELLOU, 2004) cuja complexidade e dinamicidade, vivenciada na atividade, convida o sujeito a agir na sua capacidade de efetuar o processamento, necessariamente, em função de sua competência (CALVO, 2022).

Nesse sentido, chega-se ao conceito de atividade situando-o dentro de três dimensões: a) as ações, decisões do trabalhador para alcançar os objetivos da tarefa ou com nova definição de acordo com o real; b) o uso de si, uso do corpo nos mais variados aspectos para chegar aos objetivos, avalia-se as dimensões dessa ação através de comportamentos observáveis, como a fala, a direção do olhar, os gestos, os movimentos, os deslocamentos; c) as estratégias operatórias empregadas pelo trabalhador para efetuar as metas com os recursos disponibilizados (ABRAHÃO *et al.*, 2009).

Como apontado acima, em situação de trabalho, o conceito da organização do trabalho compreende o trabalho inserido em um contexto produtivo específico, nesse sentido, situar a tarefa possibilita identificar aspectos fundamentais dos modelos de organização que são adotados. Organização do trabalho não se refere à ordem, limpeza, mas implica analisar sob o ponto de vista da divisão das tarefas, a divisão das pessoas e a estrutura hierárquica, as normas, as regras, os procedimentos, os tempos de trabalho e de pausa, os ritmos e as cadências, de forma indireta, a forma como a produção é organizada, como a linha de produção, o arranjo físico, o parâmetro de qualidade e de produtividade, a gestão, a organização das equipes frente às imprevisibilidades (ABRAHÃO *et al.*, 2009).

Dessa forma, o diagnóstico ergonômico visa a apreender o funcionamento da instituição articulado à atividade dos sujeitos buscando, ao mesmo tempo, identificar os fatores pertinentes para a compreensão dos problemas examinados e não perder de vista a globalidade da situação analisada. Nesse sentido, os trabalhadores têm um papel fundamental, eles contribuem de forma decisiva para a produção de conhecimentos sobre o próprio trabalho e para a implementação das transformações necessárias (GUÉRIN *et al.*, 2005).

3.3 A ABORDAGEM ERGOLÓGICA

O termo Ergologia foi adotado em 1997 por Yves Schwartz, filósofo, especialista em história das ciências e das tecnologias e, no ano seguinte, fundou o Departamento de Ergologia (Análise Pluridisciplinar de Situações de Trabalho) – APST, da Universidade de Provence,

França. Esse departamento iniciou suas atividades no início da década de 1980 e se institucionalizou, em 1998, com o objetivo de pesquisa e ensino das *dimensões transversais das múltiplas situações de trabalho* com destaque no trabalho real e subjetividade no trabalho (FÍGARO, 2009; SOLDERA, 2015).

A abordagem Ergológica oferece um quadro apropriado para associar aportes das diversas disciplinas e desenvolver uma abordagem efetivamente transdisciplinar, condição para a abrangência da complexidade das questões que envolvem as relações entre a produção e o trabalho (SCHWARTZ, 2000; ECHTERNACHT, 2008; SCHWARTZ & DURRIVE, 2010).

Schwartz (2000) afirma que o trabalho é um sistema em contínua formação e mudança gerando particularidades dos usos de si e sobre as novas conformações do trabalho. O autor desvela que o trabalhador é impulsionado a se adequar aos novos arranjos de forma a superar o formato repetitivo, ordenado no formato taylorista-fordista para responder às exigências do capitalismo contemporâneo e da própria empresa.

De acordo com Schwartz (2000) a Ergologia propõe uma tríade analítica que associa à atividade de trabalho, os valores e os saberes, abrangendo e aprofundando as contribuições da Ergonomia, tomando-a como uma “propedêutica pertinente” a uma epistemologia interessada nas vinculações entre as dimensões macro e micro do trabalho humano (ECHTERNACHT, 2008; SCHWARTZ & DURRIVE, 2010; ALVES & CUNHA, 2012).

Ou seja, Schwartz e Durrive (2010) apresentam o ponto de vista da ergologia como uma abordagem que investiga o trabalho baseado na atividade concreta como estratégia de examinar e compreender os saberes e as especificidades adotados.

Nesse sentido, a Ergologia corrobora o pressuposto ergonômico de que há uma distância entre o trabalho prescrito e o real e, adiciona mais três proposições: a) essa distância é sempre parcialmente singular, porque não é possível antecipá-la completamente, está sempre introduzida na história daquele que trabalha; b) aquele que faz a gestão dessa distância segue a uma racionalidade que atravessa tanto o intelectual, o biológico, quanto o cultural, o corpo-si e c) existem sempre valores em jogo na atividade (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010).

O trabalho, sob a perspectiva da Ergologia, contém variabilidades e permite ao trabalhador reestruturar normas antecedentes com o objetivo de ir além de um trabalho repetitivo. Ao complexificar o trabalho humano, desenvolve-se uma apreensão entre o concreto, o visível e aquilo que está imperceptível, o invisível (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010; SCHWARTZ, 2011).

Nesse sentido, Yves Clot (2007) compreende que a atividade reflete àquilo que se executa, porém também ao que não é executado, ao que pode ser realizado ou ao que deixa de

ser produzido. Isso quer dizer que a atividade é constatada segundo a vivência e experiência de cada sujeito, e dessa forma, corrobora o espaçamento entre o prescrito e o real.

Para Alvarez e Telles (2004), a noção de “*normas antecedentes*” é mais abrangente que a de trabalho prescrito e ressaltam que não há diferença de natureza entre ambas. Os dois conceitos se referem ao que é dado, exigido, apresentado ao trabalhador, antes do trabalho ser realizado.

Brito (2006) esclarece, nesse sentido, que as normas antecedentes se constituem em patrimônio coletivo à medida que se referem “*aos saberes técnicos, científicos e culturais historicamente incorporados ao fazer*”.

De acordo com Schwartz e Durrive (2010, p. 98) as normas antecedentes cristalizam sob uma forma codificada, “*autorizada*”, as aquisições de inteligência, da experiência coletiva e dos poderes estabelecidos. A noção de normas antecedentes apresenta um caráter híbrido e ressaltam-se três aspectos: 1) as normas antecedentes abarcam restrições de execução heterodeterminada, pois há nelas algo que pode ser identificado como a expressão de um dogmatismo científico amparado por um poder social; 2) as normas antecedentes são também construções históricas, dizem respeito a um patrimônio conceitual, científico e cultural atingido e a história sempre particular que conduziu a tal nível: os saberes-fazer historicamente constituídos, as linguagens que os formalizam e que permitem sua expressão, os modos de vida que estruturam as relações ao tempo, ao espaço, à comunidade; 3) o caráter complexo das normas antecedentes indica valores – que não se referem apenas a uma dimensão monetária e sim a elementos do bem comum, que são redimensionados nas organizações, nos ambientes de trabalho e na sua relação com o meio externo - em que são também objeto de debates, de conflitos, de arbitragens políticas. Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica são normas antecedentes que balizam a assistência no campo da Saúde Mental.

Apesar desse conceito ampliado de normas antecedentes, Schwartz e Durrive (2010) pontuam que não há possibilidade de uma antecipação total da atividade, propondo a noção de “vazio de normas” para falar daquilo que escapa, que não foi bem previsto ou mesmo não pode ser previsto. Segundo Rabelo *et al.* (2014, p. 240) “o protocolo é falho, é caracterizado por um vazio de normas, o que significa que ele não consegue antecipar o que vai ser preciso fazer para lidar com a articulação trama e urdidura”.

Se por um lado a vida é atividade dinâmica oposta à inércia e ao desinteresse não se restringindo à mera adaptação, e se o meio é sempre “infiel” (CANGUILHEM, 2001; 2010), por outro lado, as situações de trabalho trazem sempre a possibilidade das renormalizações impetradas pelos sujeitos do trabalho nos usos que eles fazem de si mesmo. Schwartz e Durrive

(2010) acreditam que o ser humano recria seu meio de trabalho e afirma sua capacidade de produzir novas normas, renormalização (ou ação normativa). A renormalização é um retrabalho permanente das normas antecedentes e uma produção de normas na própria atividade.

A atividade implica então em um retrabalho ou re-hierarquização constante de um universo de valores (SCHWARTZ; ECHTERNACHT, 2009). Atividade “é o que se passa na mente e no corpo da pessoa no trabalho, em diálogo com ela mesma, com o seu meio e com os outros” (TRINQUET, 2010, p. 96).

De acordo com Durrive (2011), ninguém se conforma com a imposição do meio, ou seja, o homem está, ao contrário, numa relação polêmica com o mundo das normas nas quais se encontra. “Todo homem quer ser sujeito de suas normas” (CANGUILHEM, 2010, p. 98). Deste modo, cada vez que o ser humano é convidado a agir, ele é confrontado com o que exigem dele e com o que ele exige de si mesmo – há um debate de normas: “Entre o ser vivo e o seu meio, a relação se estabelece como um debate (...) onde o ser vivo aporta suas próprias normas de apreciação das situações, onde ele domina o meio e se acomoda a ele” (CANGUILHEM, 2010, p. 101).

Schwartz e Durrive (2010, p. 71) afirmam que toda escolha é baseada em valor, e esses valores estão no “centro do trabalho” e, além disso, não atravessam somente a atividade como também “toda a sociedade”. É de modo efetivo na atividade de trabalho que se manifesta a dialética do uso de si, ou seja, a maneira singular pela qual as pessoas fazem uso delas próprias em função delas próprias e daquilo que os outros lhes demandam (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010).

Segundo Schwartz e Echnernacht (2009, p. 32-33) “a matriz da atividade humana é o corpo si”. Para os autores, o conceito de corpo si pode ser considerado como sinônimo de “sujeito, mas sujeito encarnado, onde a psique e o corpo se integram através de um fio de coerência que se estabelece entre o indivíduo e seu meio, entre a vida individual e social”. Essa subjetividade influencia as escolhas realizadas através da atividade e que determinam “a relação com os outros ou o mundo no qual você quer viver” (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010, p. 192). São escolhas individuais e escolhas coletivas.

Cada vez que há um serviço a ser feito em comum, um princípio técnico a ser efetuado, criam-se “entidades coletivas” na implementação. Tais entidades não recobrem jamais exatamente aquelas que tinham sido previstas de maneira dedutiva. Isso é “relativamente pertinente” porque não está num organograma. E, se se trocam os operadores, o coletivo pode se enfraquecer na sua densidade, na sua eficácia: isso não é invariável. Impossível compreender realmente como um objetivo é atingido coletivamente se nos desinteressamos pelas “ECRP”. É claro, essas entidades podem se desenvolver em todos os níveis, aproximando-se do mais micro ou, ao contrário,

alargando-se até o nível mais macro (DI RUZZA; LACOMBLEZ; SANTOS, 2018, p. 17).

Ou seja, se por um lado, trabalhar é sempre um processo de singularização e ressingularização, por outro, as escolhas são sempre atravessadas pela dimensão coletiva, entidade cujos contornos variáveis se constituem espontaneamente “com relação a ou em relação com a organização prescrita” (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010, p.193), constituindo o que os autores convencionaram chamar de Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). Nas ECRP há um compartilhamento de valores.

Desse modo, Silva *et al.* (2017) ressaltam que a Ergologia busca desvelar as vivências dos sujeitos no que se refere às organizações do trabalho e apreender o que possa ser fonte de pressões, desafios, questões e, concomitantemente, prazer e desprazer. Para contribuir com a consolidação das relações sociais no ambiente organizacional as interpretações e ações do homem estão sempre presentes.

3.4 (IM)POSSIBILIDADES DO REAL

Lollo (2018) inicia sua discussão ao apresentar *Aleph* a primeira das vinte e duas letras do alfabeto hebraico. O autor esclarece no primeiro parágrafo do artigo sobre a impossibilidade de pronúncia dessa letra e é a partir dela que outras advém, inclusive todo o alfabeto. Isso quer dizer que seu primado na ordem das letras lhe concede uma força geradora de sons e letras, apesar de estar em silêncio, ainda que seja um impossível de falar. O que interessa nesse ponto é que a letra *Aleph* é o começo, a fonte, o estímulo para a sequência de todas as outras letras, o início da linguagem.

Freud (1937/1996) lembrando o que já havia mencionado no prefácio de um livro de Aichhorn *Juventude Desamparada* (1925/1996), declara que educar (*Erziehen*), curar (*Kurieren*) e governar (*Regieren*) seriam “ofícios impossíveis” (*ummöglchenBeruf*). Lollo (2018) destaca que a psicanálise sendo caracterizada como ofício atende a um chamado, o chamado do real que se evidencia através do sintoma do sujeito que sofre. A atividade de assistência ao paciente em sofrimento psíquico parece ocupar posição semelhante que é responder a esse chamado do real. Nesse sentido, Freud afirma que os ofícios impossíveis eram aqueles desempenhados com o engajamento da palavra. E para Lacan (1993) a palavra é uma ferramenta imperfeita.

Dessa forma, para Lollo (2018) os três atos, o analítico, o educativo, e o político, podem ser considerados adequados, porventura eficientes, entretanto, imprecisos. Identificar essa incerteza quer dizer constatar a independência de um real que não se deixa representar, não possibilita ser simbolizado, contudo autoriza permanecer à percepção do inesperado.

No que se refere à prática da análise, Freud (1937/1996) exprime a incoerência da análise que é poder e não poder ser levada a seu desfecho. Pode-se pensar que ela é possível e impossível simultaneamente. Ou seja, ela é possível, porque rompe com a necessidade de repetição de um registro igual, memorizada e realizada sem interrupção pelo inconsciente. Por outro lado, é impossível, pois existirá qualquer acontecimento do real que “não cessa (necessidade) de não se escrever” (LOLLO, 2018, p. 18).

Para responder de qual impossível Freud fala, Lollo (2018) pensa ser indispensável relembra o significado das concepções através das quais Lacan ([1972-1973] 1985) organiza a experiência de análise: o primeiro conceito é o impossível, é o que “não para de não se escrever”; o segundo conceito é o necessário, é o que “não para de se escrever”; o terceiro é o contingente, é o que “para de não se escrever”; o quarto é o possível, é “o que cessa de se escrever”.

Nesse sentido, o real é o que não cessa, “não para de não se escrever”, portanto é o impossível (LACAN, [1972-1973] 1985, p. 127). Lollo (2018) retrata uma nascente ininterrupta, a água é jorrada, escorre e não deixa traço. Existe um reservatório no subsolo e a água não sai toda, mas é esse depósito de água que vai empurrar a maior parte do líquido, essa parte que não sai faz compressão e uma pequena massa escora para o exterior. A impossibilidade de fluir tudo é a condição de possibilidade para que o líquido continue a escoar.

O real “não cessa”, há uma necessidade de uma continuidade, não interrompe, como a nascente, uma força natural faz jorrar, trata-se da primeira negação; a segunda negação se refere à não inscrição do real, ele não pode ser preso em um símbolo, e se fosse, sua sequência seria suspensa. Ele sinaliza, no entanto, com aparições singulares, uma não escritura que desaparece simultaneamente à escrita. Quando o real cessa de se escrever é porque alguma coisa o tocou, ele se torna a si mesmo em relação com outra coisa, pode-se escrever algo agora. Esse ponto de contato é o fato que faz símbolo, uma maneira de escrever que, contudo, não se reproduz, porém se exterioriza (LOLLO, 2018).

Ou seja, há um choque que capta por um momento o movimento do real que, dessa forma, cessa de não se escrever. Lollo (2018) exemplifica com uma batida entre dois carros na qual pode ocorrer a paralisação total, um acidente mortal. Mas, por outro lado pode ser uma paralisação imediata na qual o impossível que é o real se depara com o possível, essa

convergência pela via da contingência se junta com a oportunidade. “[...] O encontro entre a contingência e o real se torna produtor de movimento e de vida, criador [...]” (LOLLO, 2018, p. 20). A psicanálise reproduz como em um laboratório as batidas entre o impossível e a contingência o que fornece caminho para o possível (LOLLO, 2018); a situação de trabalho peculiar reproduz como em um laboratório o experimento, a cena para o impossível, que é a insuficiência das normas, o “vazio de normas” (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010), colidir com a contingência (aquilo que para de não se escrever) dando brecha para o possível.

Isso quer dizer que, no contexto do CAPS quando as normas antecedentes são insuficientes, há o “vazio de normas” (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010), o real se faz presente ali no vazio, naquele imenso vazio, não há nada que balize como deverá ser realizado o trabalho. Então esse vazio é o real, é o impossível, porque não se deixa representar. Mas, ao mesmo tempo é a possibilidade de tocar esse real com o saber, história, conhecimento, valor do trabalhador, é o momento que a palavra pode entrar e representar, significar alguma coisa. Com o seu saber o trabalhador pode reinventar o seu meio e “renormalizar” (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010), pode criar outras normas, então nesse ponto a impossibilidade pode se tornar possibilidade. Como na psicanálise, no momento no qual o sujeito traz uma questão traumática e a palavra capta, representa esse real, ou seja, fixa no signo, algo muda, surge o desejo, aquilo que é possível. E no serviço de assistência no campo da saúde mental a saúde deve ser vista como ‘trabalho vivo’ e o trabalho individual e coletivo (POSSA *et al.*, 2020) carregam consigo suas experiências, representações e estratégias para gerir a saúde e segurança no trabalho de modo possível (CALVO *et al.* 2020).

O trabalhador na atividade assistencial ao paciente em sofrimento mental está diante do impossível do real (psicanalítico) presente no sofrimento psíquico, esse real que insiste, não cessa de não se escrever, não deixa simbolizar, não se fixa. Há o impossível do real no próprio objeto e nas ferramentas de trabalho, as normas.

Se o real é o impossível (o *continuum* da não escritura, um movimento, portanto), qual é sua relação com o simbólico? É por meio do simbólico que o impossível se faz possível. O simbólico produz o corte da necessidade e estanca, assim, o *continuum* do real. O simbólico, por meio da fala ou da escrita, faz de modo a que o real cesse de não se escrever (LOLLO, 2018, p. 21).

O simbólico através do signo, da palavra, faz corte no real, ele representa uma parcela do real, real esse que não se deixa representar no todo, sempre escapa, não há como reduzi-lo totalmente ao símbolo. Nesse sentido, a atividade assistencial ao paciente em sofrimento psíquico no CAPS sempre será lidar com o impossível do real, mas ao mesmo tempo sempre

será com o engajamento da palavra que se dará a abertura para o possível. Conforme pontuam Schwartz e Durrive (2010) não há possibilidade de uma antecipação total da atividade, propondo o conceito de “vazio de normas” para falar daquilo que escapa, que não foi bem previsto ou mesmo não pode ser previsto.

É muito interessante compreender que como pontua Lollo (2018, p. 22) “[...] a fala faz corte; a escrita faz arquivo em um *continuum* infinito que escapa à vida [...]”. Isso significa que ao pensar no contexto do trabalho os procedimentos, as normas, as prescrições representarão arquivos em um serviço com variabilidades como o CAPS, mas a fala, o saber do trabalhador com sua competência será o divisor de como realizar a atividade, porque a vida é dinâmica, o meio é infiel (CANGUILHEM, 2001; 2010) e a escrita não consegue capturar todas as imprevisibilidades.

Guérin *et al.* (2005) esclarecem que aquilo que é realizado durante a atividade é impossível de ser verbalizado de forma total, bem como o desempenho do trabalhador é incapaz de representar o esforço humano implicado para cumprir aquilo que foi demandado.

Como dar visibilidade à atividade real, como compreender o trabalho para transformá-lo? Eis aqui o que está em jogo na atividade de assistência ao paciente em sofrimento psíquico discutido pelo viés da ergologia.

3.5 METODOLOGIA

3.5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo com fundamentações teórica e metodológica embasadas na Ergonomia e na Ergologia. A produção da ação ergonômica precisa ser localizada no tempo e no espaço pois cada situação de trabalho possui características peculiares, visto que são observadas as variabilidades ao executar o trabalho, dos seus objetivos e das condições para realizá-lo. Ressalta-se que os diferentes atores podem contribuir de forma considerável para o desenvolvimento e transformação do trabalho (GUÉRIN, *et al.*, 2005). Evidenciadas essas questões principais que abarcam um conjunto teórico ergonômico, elegeu-se também o aprofundamento epistemológico da Ergologia. A ergologia, do mesmo modo, apropria-se e examina as noções da ergonomia sobre a diferença entre prescrito e real e as variabilidades existentes nas diversas situações de trabalho.

Isso quer dizer que essas ferramentas de análises são pertinentes para identificar os principais fatores técnicos e organizacionais inferentes sobre os campos de possibilidades de gestão da saúde e segurança e revelar as relações entre as dinâmicas do desenvolvimento econômico e o trabalho humano no contexto produtivo analisado e gerar, em conjunto com os demandantes, proposições para a adequação preventiva e de desenvolvimento no contexto analisado.

3.5.2 Cenário do estudo

A instituição da pesquisa é um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) situado na região Centro-Oeste do estado de Minas Gerais. Seu ano de fundação foi em 1992 e o CAPS é um serviço de referência para o tratamento em saúde mental de usuários do SUS (Sistema Único de Saúde) do município e região. Decorridos três anos, após a reforma e a instalação de novos equipamentos, a instituição foi apresentada de forma oficial à população. Após oito anos realizou-se uma nova reforma para ampliar o espaço. Atende à uma população de 121.717 habitantes (IBGE, 2021).

3.5.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram os diversos profissionais que atuam diretamente na clínica de assistência, ao paciente em sofrimento psíquico, em um CAPS II de uma cidade interiorana. Dessa forma, participaram do estudo dois enfermeiros, dois estagiários em técnico de enfermagem, cinco psicólogos e dois técnicos de enfermagem, totalizando 11 sujeitos.

3.6 MÉTODO

Primeiramente, foram acordadas com a Secretaria de Saúde e a diretora de Saúde Mental todas as características da pesquisa, assim como os detalhes sobre as visitas técnicas e critérios de postura e confidencialidade. Posteriormente, foi realizada uma reunião da pesquisadora com os profissionais do CAPS para apresentação da pesquisa. Após a explicação dos objetivos e procedimentos do estudo, bem como assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes (APÊNDICE A), é que de fato se iniciou a entrada no setor e a coleta de dados. Todos os participantes receberam um código de identificação e somente os pesquisadores tiveram acesso aos mesmos.

Logo depois, a pesquisadora procurou compreender o funcionamento da empresa por meio de conversas com diferentes interlocutores. Em seguida, realizou-se um agendamento prévio, de acordo com a disponibilidade de cada um, para a realização dos procedimentos de coleta de dados.

Em sequência, a pesquisadora entrou em campo com o objetivo de realizar observação geral e observação sistematizada e análise organizacional do contexto produtivo, bem como a coleta de informações referentes à categorização da população alvo. As coletas foram realizadas entre os meses de janeiro a março de 2022. A escolha dessas modalidades de observações foi associada às hipóteses do trabalho conforme indicou Guérin *et al.* (2005). As seguintes hipóteses foram estabelecidas: 1) por constituir um dos vários serviços na Rede de Atenção Psicossocial, no CAPS a ser analisado existem possibilidades de gestão dos riscos de modo individual e coletiva do trabalhador frente à clínica de assistência ao paciente; 2) as disfunções implantadas pela organização do trabalho (escolhas técnicas, organizacionais e gerenciais) não têm se desdobrado em perdas (materiais e humanas), porque há configuração individual e coletiva, frente aos constrangimentos enfrentados no cotidiano da assistência.

Aplicou-se um questionário sociodemográfico, de caracterização ocupacional e de saúde da população envolvida (APÊNDICE B) para levantar informações tais como, idade, sexo, escolaridade, tempo de serviço, jornada de trabalho, setor de trabalho, ambiente e condições de trabalho e saúde.

Após isso, por meio de um estudo com caráter descritivo e exploratório, foi possível compreender as variadas situações vividas no ambiente, já que a coleta de dados se deu no ambiente natural, por meio do acompanhamento da rotina de trabalho, transcrição das verbalizações dos trabalhadores envolvidos, confrontação simultânea em determinadas questões e, posteriormente, organização e estudo dos pontos que apresentaram maior importância.

Foi manuseado, nesse estudo, equipamento para coleta das informações observadas em campo. Utilizou-se o aparelho celular para efetuar a gravação de uma entrevista não-estruturada com o trabalhador e registrar, através da câmera do aparelho, um painel sobre o fluxo de atendimento no serviço. A pesquisadora realizou a transcrição da entrevista manualmente.

As dificuldades encontradas foram: as variabilidades relacionadas à ausência de vários profissionais, seja por estarem em período de férias, seja por licença médica em função da COVID-19 ou outras questões, alguns profissionais escolheram não participar da pesquisa; não foi possível seguir as etapas da AET como definida teoricamente.

3.6.1 Análise Ergonômica do Trabalho

Basicamente foram propostas as seguintes fases para a pesquisa:

Primeira etapa: retomada da demanda, análise técnica e organizacional do CAPS II.

Em um primeiro momento foi feito um plano de coleta e análise dos dados. Após, foi realizada a análise da demanda e das estruturas produtivas.

a) Mapeamento das demandas relacionando-as aos sistemas de trabalho. Ou seja, organização de uma base de dados que subsidiasse a escolha de situações críticas para análise detalhada. Os procedimentos foram: - Revisão bibliográfica; - Pesquisa documental: processos institucionais; - Análise macro institucional: Entrevista aberta com gestores e operadores nos níveis locais de análise.

b) Análise dos sistemas de trabalho visando à compreensão da especificidade dos contextos produtivos em foco: compreensão dos objetivos, exigências e condições técnicas e organizacionais de execução do trabalho, evidenciando-se as relações com as características organizacionais do trabalho inerentes ao atual sistema de gestão.

Segunda etapa: critérios para escolha do setor a ser analisado, a população trabalhadora e o trabalho prescrito.

A seleção de situações críticas para análise das atividades de trabalho foi feita a partir da hierarquização das situações de risco identificadas por meio da aplicação dos seguintes critérios, estabelecidos em função do método da AET (GUÉRIN *et al.*, 2005; FALZON, 2007):

a) Gravidade quanto ao potencial de risco; b) Centralidade quanto às condições para o desempenho global do sistema; c) Acessibilidade quanto às condições para a análise.

Para realizar essa etapa seguiram as seguintes técnicas de pesquisa: - Entrevista não-estruturada (MINAYO, 2009) com os trabalhadores; - aplicação de um questionário sociodemográfico (APÊNDICE B), de caracterização ocupacional e de saúde da população envolvida para levantar informações tais como, idade, sexo, escolaridade, tempo de serviço, jornada de trabalho, setor de trabalho, ambiente e condições de trabalho e saúde; - Observação geral das atividades de trabalho por meio do método da AET; - Coleta de dados relativos à distribuição temporal e espacial das atividades.

Em relação à entrevista não-estruturada, esta foi realizada de forma separada, isolada, em um ambiente reservado, previamente agendada entre pesquisadora, participante e coordenação do serviço e somente uma obteve-se permissão para gravar, a qual foi registrada através de um aparelho de celular, para posterior análise e transcrição. As questões orientadoras foram: Qual é sua ocupação no CAPS? Como é trabalhar com paciente em sofrimento psíquico? Quais são as suas atividades no seu ambiente de trabalho? Há riscos neste trabalho? Se sim, quais? Descreva-os. Como você gerencia os riscos?

Após a definição do recorte e do foco, a direção foi a análise detalhada das situações críticas identificadas e o levantamento das tarefas (objetivos de produção, métodos, normas de produtividade e qualidade), exigências operatórias e exigências de interação, comunicação e cooperação.

Terceira etapa: foco para observações sistemáticas, análise da atividade e o curso da ação.

a) Após o levantamento das tarefas, foram feitas observações sistemáticas, análise das atividades e do curso da ação. Os procedimentos consistiram em observação das atividades em situação real de trabalho, coleta de verbalizações (simultâneas e consecutivas) e entrevista de autoconfrontação de forma simultânea à atividade de trabalho - método AET. Após a coleta e análise dos dados, foram organizados processos de validação e restituição dos resultados aos envolvidos.

Esta entrevista de autoconfrontação foi importante porque, a partir dela, a pesquisadora pôde levantar os atos, os gestos, os valores, as escolhas e as competências utilizadas para a gestão do trabalho. O estudo teve por pretensão observar e analisar o processo produtivo e não as pessoas em separado.

Após a realização das entrevistas na etapa dois e três, a pesquisadora transcreveu a fala dos entrevistados e as suas, para reconhecimento e validação da transcrição, para posteriormente os depoimentos serem utilizados para análise como resultado da pesquisa.

Quarta etapa: análise dos resultados.

a) Nessa etapa foram comparados os observáveis da atividade de trabalho que puderam ser considerados como elementos de resposta às questões colocadas pela pesquisa, à luz dos conhecimentos da ergonomia e da ergologia. Processos de validação e de restituição dos resultados aos envolvidos.

A abordagem ergológica, de caráter epistemológico, foi utilizada para aprofundar as contribuições da Ergonomia, bem como reafirmar o pressuposto ergonômico de que há uma distância entre a tarefa e o trabalho real e aprofundar, a partir da atividade, os saberes e valores colocados nas dramáticas das tomadas de decisão vivenciadas no contexto analisado (SCHWARTZ, 1988; SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente, o projeto de pesquisa e a documentação solicitada foram submetidos à revisão ética pelo Sistema Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). A Plataforma BRASIL é o sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento do Sistema CEP/CONEP (BRASIL, 2012).

O Sistema CEP/CONEP concluiu a validação documental desta pesquisa e emitiu o parecer conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, que discorre sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Ressalta-se que foram reservados todos os direitos dos profissionais, garantindo-lhes a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento no decorrer da pesquisa. Considerando os aspectos éticos relacionados aos sujeitos envolvidos no trabalho, os sujeitos participantes preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) garantido o caráter anônimo das entrevistas e da instituição. A participação dos sujeitos nesta pesquisa ocorreu de forma voluntária, sob registro CAAE 53839621.5.0000.5110, e todas as informações e esclarecimentos a respeito do estudo foram devidamente elucidados.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL: ESTRUTURA TÉCNICA E ORGANIZACIONAL

O funcionamento do CAPS II ocorre das 7:00 às 17:00 horas, em dois turnos, nos dias úteis. A assistência oferecida ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, psiquiátrico, entre outras), assistência farmacêutica, atendimento a grupo de familiares, visitas domiciliares e atividades comunitárias, ressaltando a inserção do paciente em sofrimento psíquico na comunidade e sua adaptação familiar e social. Os pacientes assistidos na permanência-dia (PD), em dois turnos (8 horas), recebem três refeições diárias: café da manhã, almoço e lanche da tarde. São atendidos adultos (acima de 18 anos), pacientes (psicóticos e neuróticos) graves, em crise de sofrimento psíquico, egressos de instituições psiquiátricas (MINAS GERAIS, 2006; SILVA, 2010).

Os critérios gerais de encaminhamento para o CAPS devem atender as seguintes situações: ao demonstrar sinais de intenção suicida persistente, caso exista risco de auto ou heteroagressividade significativo, encontrar-se em estado grave com incapacidade de estabelecer relações interpessoais, de sair de casa, de executar tarefas cotidianas, de cuidar de

si e dos filhos e de não conseguir ir à escola ou ao trabalho. Além disso, quando a avaliação de uma medicação psicotrópica muito particular for necessária (antipsicótico atípico, estabilizador de humor, medicação específica para demência) e/ou as opções de intervenção no caso foram esgotadas na atenção primária e na comunidade.

Nesse cenário, o fluxo de assistência do serviço de saúde mental do CAPS inicia com o atendimento ao paciente em sofrimento psíquico pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), que encaminha o paciente aos CAPS após analisada a situação, que segue com o protocolo de referência: CAPS II, CAPsi ou CAPSad. Outros encaminhamentos possíveis, em caso de não adequação aos critérios básicos, é o direcionamento ao grupo de Saúde Mental e/ou à Oficina da Estratégia Saúde da Família (ESF) e/ou outros dispositivos da comunidade. Em relação ao atendimento de paciente em sofrimento mental nos outros municípios da microrregião, é realizado o encaminhamento aos CAPS com protocolo de referência e Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Em seguida, para as duas situações, o acolhimento do paciente pelos técnicos de plantão do CAPS é realizado e utiliza-se a Ficha de Acolhimento (ANEXO A). De acordo com a avaliação, caso o usuário não atenda aos critérios para o tratamento, este é referenciado ao PSF ou a outros municípios com protocolo de contrarreferência. Mas, cumprido os critérios é elaborado um Projeto Terapêutico Individual (PTI) pelo acolhedor (técnico de referência). Neste sentido, cada paciente tem um profissional de referência no CAPS, que realiza a construção e a condução do caso clínico. Posteriormente, há a análise do estado do paciente, na hipótese da existência de um quadro de gravidade, o paciente será encaminhado para a permanência-dia (PD) com abertura do cadastramento para tratamento intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. Caso contrário, se o paciente não estiver em estado grave, o protocolo é de direcionamento para o tratamento ambulatorial no CAPS e inscrito no sistema. Nessas duas situações o paciente é encaminhado a outros técnicos, como: enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e psiquiatra. Supõe-se que a condução do caso seja feita, pelo menos por uma dupla de profissionais. É comum para o funcionamento de todos os CAPS que o trabalho aconteça em equipe (multiprofissional, interdisciplinar e/ou transdisciplinar) (BRASIL, 2002; BRASIL, 2015; SILVA, 2010).

Posteriormente, caso necessário, o médico psiquiatra avaliará o uso ou não de medicamento, se o medicamento for padronizado do município, o paciente é conduzido à farmácia do CAPS. Porém, se o medicamento for excepcional do Estado, o paciente é encaminhado à farmácia da Gerência Regional de Saúde (GRS) com relatório da psiquiatria. No que diz respeito ao transporte, é realizada uma avaliação pelo técnico de referência, que

definirá se o paciente será conduzido ao CAPS II pelo carro rota do CAPS ou se o mesmo estará apto para utilizar o transporte coletivo municipal. Nessas condições, o paciente usufruirá o direito às passagens e receberá um cartão da empresa responsável.

Após receber alta do CAPS II, sob a responsabilidade da equipe técnica, o paciente é reencaminhado ao Programa Saúde da Família (PSF) para dar continuidade ao acompanhamento ou pode ser direcionado a outros dispositivos da comunidade. No turno da noite, nos finais de semana e nos feriados, o atendimento ao paciente em sofrimento psíquico ocorre por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou pela própria família, que conduz o paciente ao Hospital Pronto-Socorro (HPS). O HPS poderá referenciá-lo, após atendimento, ao domicílio do paciente e, seguidamente, ao PSF e CAPS II. Ressalta-se que se o paciente estiver em crise, o HPS o encaminha ao CAPS II na segunda-feira ou no dia após o atendimento às 7:00 horas.

Os Técnicos de Nível Superior (TNS), denominação recebida pelos trabalhadores que exercem a Clínica em Saúde Mental dentro do CAPS (SILVA, 2010), são profissionais das áreas de Psicologia, da Psiquiatria, da Assistência Social, da Enfermagem, da Terapia Ocupacional, e outros trabalhadores que também apresentam um saber (investido) na Saúde Mental, como os técnicos/auxiliares de enfermagem. De acordo com Silva (2010), na prática, o trabalho no CAPS se caracteriza por um formato híbrido, ou seja, há o acolhimento de pacientes em variadas fases de sofrimento psíquico. Como citado anteriormente, os trabalhadores alternam em diversas tarefas, inclusive em regime de plantões e atividades com hora, tempo e lugar determinados. São elas: o acolhimento na porta de entrada, a organização do carro para o transporte diário de pacientes de permanência-dia, o atendimento ambulatorial individual e psicoterápico, os leitos destinados a pacientes que necessitam de maior suporte clínico em Saúde Mental, o atendimento em assistência social, atendimentos às famílias, a visita domiciliar, as atividades externas, bem como outras atividades imprevisíveis.

4.2 TRABALHADORES ATUANTES NA ASSISTÊNCIA

No que concerne aos sujeitos da pesquisa, o perfil deles está apresentado nas tabelas 1, 2 e 3, e nas figuras 1, 2 e 3. Ressalta-se que participaram do estudo 11 profissionais da saúde que atuavam diretamente na assistência ao paciente psiquiátrico de um CAPS II, 10 participaram de entrevista não-estruturada e questionário e um participou somente da entrevista a qual

foi gravada, entre eles: dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, dois estagiários em técnico de enfermagem, cinco psicólogos.

De acordo com dados do Datasus, a equipe técnica que atua no CAPS II é formada por médico, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, auxiliar de enfermagem, assistentes sociais, além da equipe administrativa e funcional. Os vínculos empregatícios são de dois formatos: contratados e efetivos. Dados atualizados do dia 10/04/2022 expressam que há 23 profissionais que atuam no CAPS, 21 mulheres e dois homens (CNESNet, 2022).

Tabela1 – Distribuição dos trabalhadores do CAPS II de acordo com a ocupação

Ocupação	Quantidade	Carga horária semanal (horas)
Assistente Administrativo	2	30
Assistente Social	2	30
Auxiliar de Enfermagem	1	30
Enfermeiro	4	30
Gerente de Serviços de Saúde	1	40
Médico da Estratégia de Saúde da Família	1	36
Psicólogo Clínico	7	30
Terapeuta Ocupacional	1	15
Terapeuta Ocupacional	1	20
Técnico de Enfermagem	2	30
Vigilante	1	32
Total	23	

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br/>

Tabela 2 - Profissionais da Saúde do CAPS II: Grupo Amostral

Ocupação	Quadro fixo	Amostra
Assistente Social	2	----
Auxiliar de Enfermagem	1	----
Enfermeiro	4	2
Médico da Estratégia de Saúde da Família	1	----

Psicólogo Clínico	7	5
Terapeuta Ocupacional	2	----
Técnico de Enfermagem	2	2
Estagiário Técnico de Enfermagem	----	2
Total	19	11

Fonte: Próprio autor

A maioria dos sujeitos é do sexo feminino ou oito trabalhadoras; a maior parte dos participantes, sete, possui idade entre 33 e 60 anos e, dois, entre 20 e 23 anos. Com relação ao estado civil, os profissionais entrevistados são quatro solteiros, quatro casados e dois divorciados e, também, cinco não possuem filhos.

A metade dos profissionais, cinco, realizou algum tipo de capacitação profissional, entre elas destacam-se: a especialização e o mestrado. Salienta-se que, os profissionais enfermeiros realizaram especialização em Enfermagem do Trabalho e Urgência e Emergência, os psicólogos entrevistados realizaram pós-graduação, respectivamente, em Psicologia Hospitalar e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas e um mestrado em Psicologia.

Em relação à renda pessoal, três dos sujeitos recebem até um salário mínimo e, também, três recebem entre três a cinco salários mínimos. A renda familiar de um a dois salários mínimos e dois a três salários mínimos são equivalentes a dois participantes, cada uma.

Além disso, oito possuem pouco tempo de atuação na instituição cenário deste estudo, entre duas semanas a oito meses. Desses, três participantes possuem de um mês a seis meses de tempo de trabalho na profissão. A mesma quantidade, três, representam de 3 a 4 anos na profissão. Ademais, a maioria, cinco, trabalha em dois empregos, quatro apenas na instituição cenário do presente estudo, e um possui três empregos. Destaca-se que a maior parte dos profissionais, nove, atua em uma carga horária de 30 horas semanais e um de 40 horas semanais.

Ressalta-se que cinco dos sujeitos responderam no questionário que se sentem sobrecarregados de trabalho e/ou responsabilidades, dentre esses, o tempo de trabalho na instituição de estudo varia entre 19 dias a 12 anos e o tempo de trabalho na profissão varia entre 3 a 17 anos. Entre os que responderam que não se sentem sobrecarregados, cinco, o tempo na instituição varia entre 14 dias a 6 meses e o tempo de trabalho na profissão de 1 mês a 4 anos.

Tabela 3 – Perfil dos sujeitos da pesquisa realizada no CAPS II

Variáveis	n	%
-----------	---	---

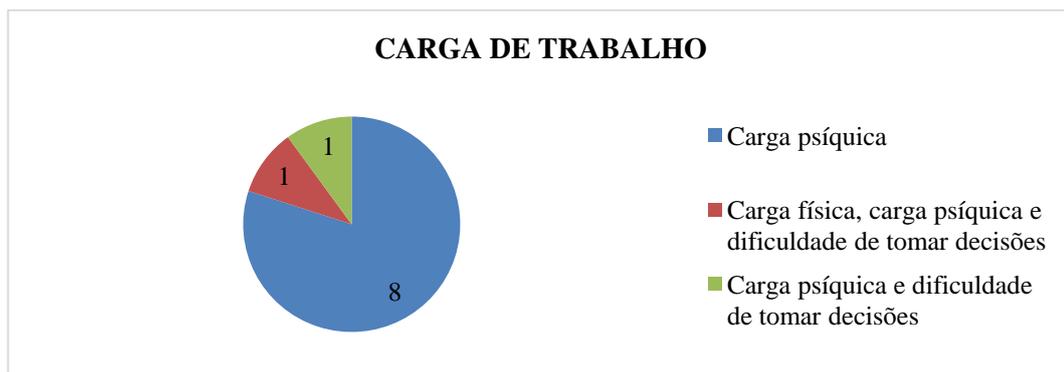
Sexo		
Feminino	8	80
Masculino	2	20
Idade (anos)		
20 \geq 27	3	30
33 \geq 41	4	40
44 \geq 60	3	30
Estado Civil		
Solteiro	4	40
Casado	4	40
Divorciado	2	20
Filhos		
Sim	5	50
Não	5	50
Escolaridade		
Ensino Médio	2	20
Ensino Técnico	2	20
Graduação	1	10
Pós-Graduação	5	50
Renda Pessoal		
Até 1 salário mínimo (SM)	3	30
1 a 2 SM	2	20
2 a 3 SM	2	20
3 a 5 SM	3	30
Renda Familiar		
Até 1 salário mínimo (SM)	1	10
1 a 2 SM	3	30
2 a 3 SM	1	10
3 a 5 SM	2	20
5 a 8 SM	2	20
Acima de 8 SM	1	10
Tempo de trabalho na profissão		
1 a 6 meses	3	30

3 a 4 anos	3	30
12 a 17 anos	3	30
30 anos	1	10
Tempo no serviço		
14 a 19 dias	2	20
1 a 8 meses	6	60
11 anos	1	10
12 anos	1	10
N° de empregos		
1	4	40
2	5	50
3	1	10

Fonte: Elaborada com base nos dados da pesquisa para fins deste estudo.

Em relação à penosidade relacionada à carga de trabalho, a carga psíquica prevaleceu em oito respostas, como observado na figura 1, seguida da carga física, carga psíquica e dificuldade em tomar decisões uma resposta e uma resposta, carga psíquica e dificuldade de tomar decisões.

Figura 1: Distribuição da população do estudo por carga de trabalho

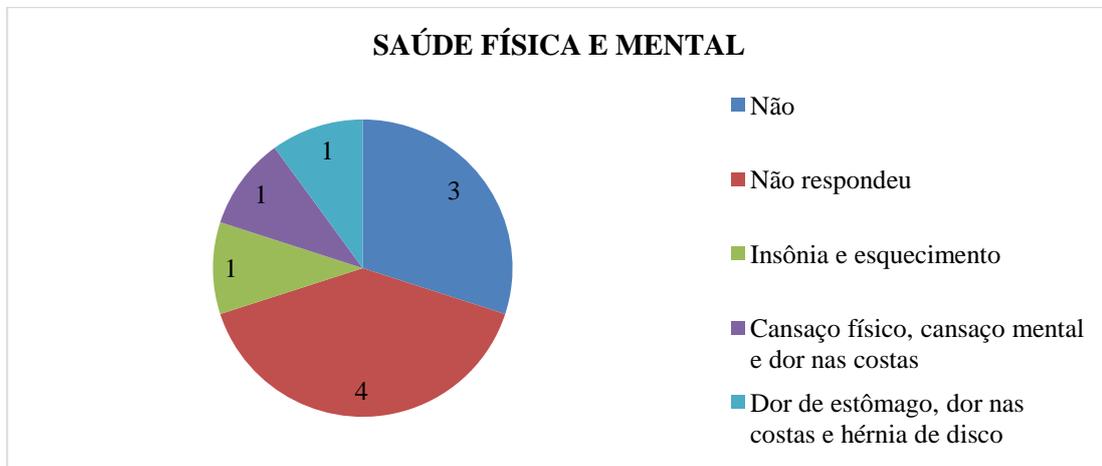


Fonte: Próprio autor.

No que se refere à saúde física e mental, quatro participantes não responderam se passaram por tratamento médico em função de algum problema de saúde recente ao período da pesquisa. Mas, outra parcela dessa população pesquisada, aponta a presença de insônia e esquecimento; cansaço físico, cansaço mental e dor nas costas; dor de estômago, dor nas costas e hérnia de disco que, somadas, resultam em três sujeitos que passaram por tratamento médico,

como pode ser observado na figura 2. Dentre esses, há o uso de medicamentos como inibidores de produção de ácido no estômago, antialérgico, ansiolíticos.

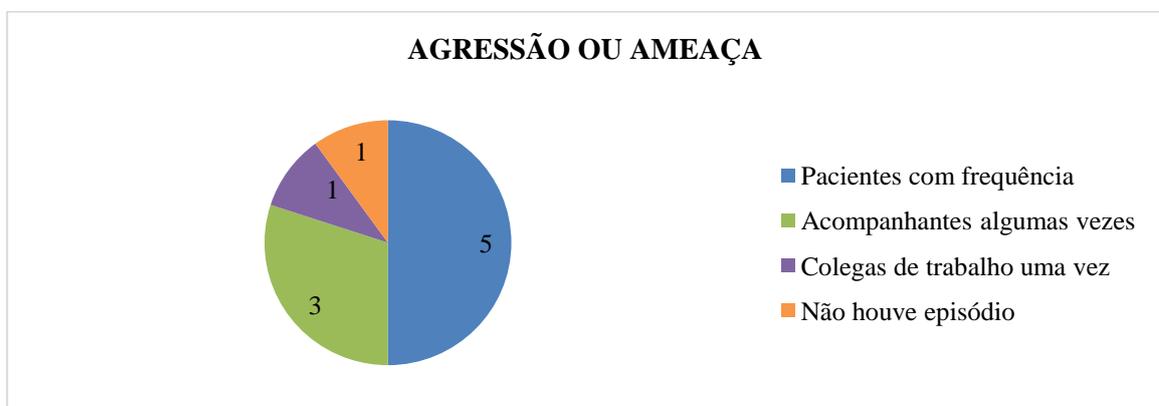
Figura 2: Distribuição da população do estudo por saúde física e mental



Fonte: Próprio autor.

Quanto ao episódio de agressão ou ameaça praticada por diversos agentes, segue a figura 3. Os agentes que praticaram agressão ou ameaça com frequência, tais como pacientes, apareceram em cinco respostas. Os acompanhantes são indicados em três respostas e cometeram os episódios algumas vezes, seguidos de colegas de trabalho que correspondem a uma resposta do episódio de agressão ou ameaça praticada uma vez, e uma resposta aponta que nunca houve episódio de agressão ou ameaça praticada por qualquer agente.

Figura 3: Distribuição das respostas da população do estudo sobre agressão ou ameaça praticada por diversos agentes



Fonte: Próprio autor.

4.3 A INVISIBILIDADE E A ESPECIFICIDADE DO TRABALHO NA ASSISTÊNCIA COTIDIANA NO CAPS

4.3.1 Os riscos e as estratégias de enfrentamento

Nouroudine (2004) ressalta que, quando se discute riscos, pode-se pensar em uma hipertrofia de normas que se supõe dar conta desses riscos. O risco refere-se à medida do nível de perigo, que é um conceito qualitativo e que expressa uma potencialidade, uma condição ou situação física com potencial de originar efeitos indesejáveis, como prejuízos à vida ou lesões corporais devido à sua probabilidade de ocorrência, sua gravidade e sua aceitabilidade (GÖTTSCHE, 2007). Os elementos potencialmente perigosos são denominados de fatores de risco (NOUROUDINE, 2004).

Para Nouroudine (2004), pode-se considerar os fatores de risco de um lado como objetivo e estabilizado, então se identifica quais são esses fatores técnicos, físicos (produto químico, fonte de calor, ruído excessivo, radiação) para, em seguida, definir dispositivos de prevenção, utiliza-se meios de proteção, sejam os preferencialmente coletivos e individuais e isso pode possuir uma eficácia, para minimizar, regredir os acidentes de trabalho e as doenças profissionais quando o trabalho é realizado com máquinas e produtos. Porém, por outro lado, quando os fatores de riscos são provenientes da própria natureza da atividade humana do trabalho, têm-se os fatores humanos. A abordagem é referente a uma dimensão subjetiva, a análise dos riscos e dos acidentes passa a ser por métodos multicausais e é complexo determinar os meios de proteção.

No contexto do CAPS II, atualmente, em época da pandemia da COVID-19, a exposição aos riscos biológicos (BRASIL, 2021_a) foi apontada pelos profissionais da enfermagem, assistência social e psicologia. Para gerir esse risco, revelaram-se como estratégias de enfrentamento adotada pelos trabalhadores: diminuição do número de pacientes em permanência-dia; colocar um frasco de álcool em gel em cada consultório, na recepção, no posto de enfermagem, na sala de reuniões, na cozinha, na farmácia, desinfecção dos móveis, distanciamento das cadeiras durante os atendimentos com os psicólogos, assistentes sociais e médico; realização de teste de COVID-19 em pacientes com suspeita de contaminação ao comparecerem para algum atendimento no serviço; realização de teste de COVID-19 em motorista com suspeita de contaminação que fora encaminhado para atender o CAPS e utilizou-se, nesses casos, o equipamento de

proteção individual (EPI) como máscara cirúrgica, avental, luvas de procedimentos, proteção ocular e touca.

Ruas e Mendes (2017) encontraram em destaque outros riscos biológicos apontados por esses profissionais como tuberculose, escabiose (sarna), hanseníase, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e pediculose pubiana. Observou-se, na pesquisa atual, o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) durante o banho de uma paciente que se encontrava em permanência-dia. Um risco semelhante encontrado nas duas pesquisas foi o de acidentes de trabalho ocasionados por material perfurocortante (RUAS & MENDES, 2017), também com risco de contaminação, pois profissionais da enfermagem realizam a aplicação de medicamentos injetáveis em diversos pacientes, realizam a higienização deles como cortar as unhas, aparar a barba, etc. Como medida preventiva, os profissionais relataram usar, quando a instituição oferece, Equipamentos de Proteção Individual (EPI), aumentar o nível de atenção durante o trabalho com os pacientes, realizar busca de informações desses por meio dos prontuários, caso se tivessem sido atendidos no CAPS.

Verificou-se ainda que havia exposição ocupacional ao frio e ao calor, e à chuva (BRASIL, 2021_a).

[...] à tarde aqui o sol vem aqui dentro até essa mesa aqui. Fica esse calorão, ventilador que não pode ser usado na pandemia. [...] calor que é insuportável, essa área toda aqui bate muito sol, aquele posto de enfermagem onde eles trabalham é sol o dia inteiro lá, né, não tem um toldo, não tem um conforto, segurança. (Psicóloga 1).

No posto de enfermagem, os meios de proteção são mais complexos, pois o espaço é aberto e, dessa forma, exposto às intempéries. *“A gente não recebeu nenhuma visita de ninguém que pudesse vir, olhar, tá chovendo, será que chove dentro do CAPS? Chove dentro do CAPS, bate sol nos consultórios, falta muita coisa, falta pessoal”.* (Psicóloga 1).

No CAPS estudado, os trabalhadores relataram condições de trabalho, que estão em desacordo com o estabelecido pela NR-17, que trata da Ergonomia, no item 17.1: “Esta Norma Regulamentadora-NR visa estabelecer as diretrizes e os requisitos que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar conforto, segurança, saúde e desempenho eficiente no trabalho” (BRASIL, 2021_b).

No que se refere às consequências da pandemia no cotidiano do trabalho, há um relato bastante expressivo. Como verbalizado:

A pandemia, ela deixou muito claro, a necessidade que urge a Saúde Mental. Ficou muito claro e o quanto que as questões agravam e têm impactado, como essa pandemia mostrou tudo isso, a impossibilidade daqueles ritos de quando se perde alguém,

ritos que são usados nos rituais fúnebres, as pessoas ficaram alijadas disso, sem despedida, uma dificuldade maior de elaborar o luto, o medo, tem paciente que vem se sentindo, vive sob ameaça o tempo todo, medo da COVID. [...] então as pessoas estão transtornadas com essa doença, medo de adoecer, medo da negligência alheia que pode nos levar a adoecer, a perda de muitos familiares, a perda financeira muito grande, pessoas que perderam o emprego, empresa, trabalho, perderam tudo. E onde? Onde buscar isso, um empobrecimento que a gente vê da classe média, o SUS é pra todos, mas diante de um aumento de uma demanda muito grande, as equipes têm que estar adequadas pra esse crescimento da demanda e não tá. A gente tá trabalhando desde o início da pandemia lidando com licença dos nossos colegas também que adoecem, que saem, que ficam fora um tempo, no ano passado, até o ano passado tinha um decreto que afastava todo mundo que tinha uma comorbidade com uma idade maior, eu poderia ter me afastado por causa da idade, mas eu sou saudável, não senti necessidade disso. Mas você tem que se multiplicar muitas vezes. (Psicóloga 1).

Pois, por exemplo, os casos de tentativa de autoextermínio não deixaram de ocorrer durante a pandemia. “[...] são pacientes que demandam uma disponibilidade muito grande né, então o que que acontece, a gente vive sob pressão [...]”. (Psicóloga 1). Multiplicar muitas vezes pode comprometer a saúde, segurança e o desempenho eficiente no trabalho apontados na norma.

Em uma visita técnica no CAPS II, observou-se a intensa e diversificada demanda pelos serviços. Em uma situação de trabalho, uma assistente social recebeu uma ligação de um médico de um hospital psiquiátrico para referenciar um caso de um município vizinho, minutos após, um psiquiatra entrou na sala e pontuou que o serviço precisava ter prioridades, pois havia bastante urgência naquele dia, casos que precisavam de internação ou outra intervenção naquele momento. Ele estava no serviço há dois dias e já pedira à equipe para priorizar, afirmara que dessa forma não conseguiria. A assistente social informou que já tinham sete casos urgentes à espera. Nesse momento chegaram pacientes do CAPS AD, porque naquele serviço não tinha médico. Havia ainda outras demandas espontâneas, encaminhamentos e pacientes aguardando na recepção, consultas previamente agendadas. No mesmo período, um psicólogo solicitou mudança de local de trabalho. Em conversa com outro psicólogo que se sentia desmotivado, ele pontuou que: “o ser humano, o sujeito é colocado entre parênteses, olha, um caso tratado como psicose há cerca de 20 anos, eu e o supervisor apontamos que poderia ser caso de autismo”. (Psicólogo 2).

Segundo também a NR-17, em seu subitem seguinte 17.1.1, é esclarecido que:

As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário dos postos de trabalho, ao trabalho com máquinas, equipamentos e ferramentas manuais, às condições de conforto no ambiente de trabalho e à própria organização do trabalho (BRASIL, 2021_b).

Ao visualizar o local de trabalho, observou-se que há um espaço para o cultivo de horta, porém, está atrás dos consultórios, próximo às janelas, o que é inviável para desenvolver qualquer atividade com os pacientes. Relataram que há uma sala na qual eram desenvolvidas atividades de terapia ocupacional que atualmente está sendo usada como refeitório, e há um pátio central que separa os consultórios do posto de enfermagem. Ainda apontam os riscos: instalações precárias; salas não adaptadas para pessoas com deficiência (PCD), inclusive para profissionais que apresentam alguma deficiência. Como verbalizado:

[...] É uma sala muito pequena. [...] É um lugar também que no caso de uma agitação, um exemplo, mas se ele se agita no atendimento eu não tenho um ponto de fuga. [...] A gente tem uma horta aqui que podia servir também para uma atividade para quem gosta, o paciente O, por exemplo, é da área rural, mas olha, fica atrás dos consultórios, então não pode ser utilizada. (Psicóloga 1).

Em sua pesquisa, Araújo (2018) também constatou o risco de acidentes por agressão física em situações de atendimento de pacientes com agitação psicomotora em consultórios com uma única porta de entrada e saída.

A fala de um trabalhador revela características do lócus assistencial: “O CAPS está em um espaço grande, mas não é adaptado, não é um lugar convidativo, parece uma casa abandonada”. (Psicólogo 3).

Observou-se ainda que na sala de uma trabalhadora havia pouca iluminação, ela relatou que não podia acender a luz devido ao “risco de curto circuito” já que o teto que era forrado com policloreto de vinila (PVC) estava coberto de água. Araújo (2018), em seu estudo no CAPS II, também encontrou situações de risco semelhantes: riscos de acidentes com possibilidade de ocorrência de choque elétrico, incêndio e explosão; riscos físicos relacionados à ventilação e luminosidade; estrutura física inadequada, consultórios pequenos; riscos ergonômicos devido ao uso por longo tempo de cadeiras inadequadas.

Foi apontado ainda sobre a existência de trabalhador com deficiência auditiva. A NR-17 em seu Anexo II, item 10.1 destaca que

Para as pessoas com deficiência e aquelas cujas medidas antropométricas não sejam atendidas pelas especificações deste Anexo, o mobiliário dos postos de trabalho deve ser adaptado para atender às suas necessidades, e devem estar disponíveis ajudas técnicas necessárias em seu respectivo posto de trabalho para facilitar sua integração ao trabalho, levando em consideração as repercussões sobre a saúde desses trabalhadores (BRASIL, 2021c).

E acrescenta no item 10.2 que

As condições de trabalho, incluindo o acesso às instalações, mobiliário, equipamentos, condições ambientais, organização do trabalho, capacitação, condições sanitárias, programas de prevenção e cuidados para segurança pessoal devem levar em conta as necessidades dos trabalhadores com deficiência (BRASIL, 2021c).

Conforme citado no Anexo II da NR 17, no item 10.1 sobre pessoas com deficiência, é ressaltado que devem estar disponíveis ajudas técnicas necessárias no respectivo posto de trabalho para facilitar a integração do trabalhador ao trabalho, mas observou-se uma situação na qual um profissional com deficiência auditiva utilizou a estratégia de solicitar que as pessoas aumentassem o volume de voz, nesse caso não se constatou uma ajuda técnica.

Ruiz e Araújo (2012) têm destacado que a população trabalhadora tem sido exposta a fatores de riscos não “objetiváveis”, o que compromete as condições físicas, psíquicas e cognitivas, fatores que são invisíveis aos olhos dos gestores e das legislações, pois a atividade de trabalho, o como é feito também está invisível. Esses fatores invisíveis puderam ser postos em evidência por meio do método da AET e discutido por meio da análise ergológica.

Os resultados revelaram que para a maioria dos entrevistados, o inesperado, perante a exposição aos riscos de agressão física e verbal (ameaça), tornava-os vulneráveis física e psicologicamente.

Vê o sofrimento dessas meninas, dos meninos da recepção, eles tão ali é, são eles que dizem pro paciente, olha não vai ter consulta, não tem médico, a receita não acabou de ficar pronta, é uma pressão, a gente lida com essa violência do outro também. As pessoas não costumam lidar muito bem com a frustração não. (Psicóloga 1).

O documento Normas e Rotinas da Recepção e Administrativo para o CAPS II (ANEXO B) é uma forma de gerenciar os riscos de violência na porta de entrada ao realizar um primeiro acolhimento coletando informações gerais do paciente e em um tópico é citado que não se pode informar ao usuário o nome do plantonista.

Outra verbalização de uma profissional também corrobora isso. “*A paciente X me faz ameaças todos os dias*”. (Técnica de Enfermagem 2).

Então isso gera um sofrimento muito grande, lidar com a crise, com a ameaça de uma paciente atualmente que tá, é uma paciente que agrediu vários membros da equipe né, que não tem essa relação com a lei, até ela meio que debocha disso achando que uma pessoa que tem transtorno mental pode fazer o que ela quiser né, então a gente fica à mercê mesmo. Eu nunca fui agredida aqui por ninguém, paciente nenhum, acho até por causa do tipo de cuidado que eu presto é diferente, mas a equipe de enfermagem, a equipe de enfermagem apanhou muito, já jogaram objetos, já jogaram sujeira neles. (Psicóloga 1).

A pesquisa de Ruas e Mendes (2017) encontrou resultados semelhantes com relação aos riscos de agressão ao apontar que todos os entrevistados se sentiam também vulneráveis física e psicologicamente diante do imprevisível. Além disso, Silveira *et al.* (2016) ressaltaram que a

escassez de recursos humanos, a inaptidão frente a imprevisibilidade e singularidades do trabalho em saúde mental e do modelo psicossocial, associado a isso a responsabilização, ocasionam a insatisfação no trabalhador diante da desqualificação para realizar um trabalho efetivo.

Trabalhadoras ressaltaram a importância de ter profissional homem no CAPS “para impor respeito” para controle da violência, ter “mais segurança”, como um fator controlador da “ordem”. Mas, trabalhadores relataram episódios de violência contra uma técnica de enfermagem e um psicólogo, no período da pesquisa, então decidiram chamar a polícia. Uma técnica de enfermagem relatou que continuava a sofrer ameaças da paciente.

Mendes (2014) esclarece exatamente o ato de trabalhar, ou seja, ele não se restringe a um uso heterodeterminado de mulheres e homens pelos gestores dos sistemas de produção, porém, a uma experiência de si mesmo, numa relação com a própria história. A atividade humana de trabalho exige uma permanente arbitragem entre o uso de si por si mesmo e o uso de si por outros, num debate permanente entre as “normas antecedentes” e as normas internas inscritas na história do corpo de quem trabalha.

Para Clementino *et al.* (2018) e Bellenzani *et al.* (2016), a sensação de impotência dos trabalhadores de CAPS é relacionada à complexidade em conduzir o desenvolvimento das interações ou comportamentos aleatórios individuais dos pacientes, devido à ausência de recursos dos profissionais para intervirem diante das imprevisibilidades.

Observou-se que os trabalhadores buscam criar laços com o paciente como estratégia para gerir o risco de violência, o que foi constatado também na pesquisa de Ruas e Mendes (2017). Os trabalhadores relataram a construção de um vínculo de confiança e, dessa forma, foi possível a mobilização e a cooperação do paciente com o tratamento e, a partir daí, ter um cuidado humanizado.

No contexto do CAPS II percebeu-se outra forma de gerenciar o risco de violência em um primeiro momento, na porta de entrada, ao construir um painel com informações sobre o fluxo de atendimento, sobre a formação da equipe profissional, permanência-dia (PD), a emissão de laudos, outros equipamentos e horário de funcionamento do CAPS e da farmácia. O psicólogo responsável pela elaboração do painel esclarece que isso possibilita orientar o paciente e seu acompanhante quando e quais serviços são ofertados naquele dispositivo, em qual serviço buscar apoio.

Figura 4: Painel informativo na recepção do CAPS II



Fonte: CAPS II

4.3.2 O trabalho como atividade de trabalho

Conforme Schwartz (2000; 2007), a atividade do trabalho é investigada sob a perspectiva ergológica enquanto instrumento de transformação das realidades laborais, como possibilidade de intervenção em espaços subordinados a contínuos debates de normas e renormalizações que traduzem releituras dos trabalhadores diante do trabalho prescrito ou das normas antecedentes.

Daniellou (2004) esclarece que a atividade de trabalho é uma construção inédita de um indivíduo particular em dada situação, desse modo, é imprevisível em sua singularidade. Nesse sentido, a atividade de trabalho é mais do que uma tática de adaptação à situação real de trabalho, objeto da prescrição. É isso que a ergologia revela ao se avizinhar de seu objeto, o trabalho humano, em situações reais, que o trabalho produzido não coincide de modo algum ao trabalho calculado, previsto, pois ao executar a tarefa, as variabilidades sempre podem se apresentar diante do trabalhador (SCHWARTZ & DURRIVE, 2015).

Não tem um dia no CAPS que você não seja desafiado de alguma maneira. (Psicóloga 1). Nenhum dia no CAPS é igual ao outro. (Enfermeira 1). Essas meninas da enfermagem, agora técnico 3 também, então são também os técnicos de enfermagem, eles conseguiram estabilizar o paciente O que saiu daqui no carro do CAPS direto pra sala vermelha, pro Pronto Socorro. E olha que tipo de recurso que a gente tem aqui, foi com pouca coisa e o que faz a diferença nesse CAPS é a equipe, não tenho dúvida. (Psicóloga 1).

Nouroudine (2004) afirma que o trabalhador não é apenas um executor, não pratica apenas um gesto técnico, ele apropria da atividade. Ou seja, para Schwartz (2007, p.25-35), o trabalho é “sempre um fazer de outra forma, um trabalhar de outra forma”. Lima (2007) também corrobora essa discussão ao apontar que o trabalho efetivamente alcançado, fruto do agir sobre o mundo, não pode ser simplificado a elementos operatórios, visto que contém mal-entendidos, insuficiências, variabilidades, invenções, infrações e singularidades. “*Já passamos horas tentando convencer um rapaz a se medicar e quando ia chegando com a injeção no local onde deveria ser aplicado ele recuava de novo, então não é fácil*”. (Psicóloga 1).

Segundo Schwartz (2001), o trabalho é resultado de uma prescrição antecedente e das consequências da transformação determinada pelo trabalhador. A profissional se depara a todo instante com normas que devem ser seguidas e através de suas ações é que ela as reconfigura. Nesta situação pode-se observar que o renormalizar é comum nas ações rotineiras da atividade do trabalho no CAPS e, dessa forma, está inserido no campo da atividade humana.

A agenda da psiquiatra tava ficando na recepção, mas já teve uma psiquiatra que ela mesma já agendava os retornos pra ela. Então, eu já vou agendando o retorno e isso funciona mais ou menos, essa agenda, ela dá uma certa organizada, mas ela nunca pode ser engessada né, porque como a gente trabalha com transtorno mental grave cê tem que estar disponível. Então, se a pessoa veio hoje, teoricamente, ela pode voltar daqui semana que vem, daqui há quinze dias, é o que tá ali na agenda que pode ser feito, mas ela tem que saber que se ela precisar antes ela vem. Eu já tive uma paciente que tava completamente em crise, desde que chegou aqui falaram pra ela: ah, a sua referência técnica tá no acolhimento hoje. Mas, aí a paciente respondeu: não tem nada disso, ela me atende a hora que eu preciso. (Psicóloga 1).

Ao que a profissional reforça na entrevista e esclarece que a agenda existe, mas no serviço de saúde mental ocorrem imprevisibilidades e o paciente pode necessitar de uma consulta antes da data prevista: “*E eles têm que saber disso, isso tem que ser real*”. (Psicóloga 1). Ou seja, é tocar o impossível do sofrimento psíquico com o engajamento da palavra.

Nesse sentido, os traços particulares, a marca do trabalhador, demonstram que essas renormalizações são a parte criativa, ressaltada pela ergologia, ao valorizar a inteligência do trabalhador e seu poder de criação para completar as demandas do trabalho ao situar-se como responsável pelas mudanças de suas realidades laborais (CANGUILHEM, 2001; SANTOS, 2000; SCHWARTZ, 2000).

4.3.3 Os usos de si dos trabalhadores

Conforme Schwartz (2000), o trabalho abrange a todo o momento uma dramática do uso de si: uso de si por outros e uso de si por si. E este si é também um corpo. Dessa forma, os valores, as decisões e convicções dos trabalhadores incluem-se em três dimensões de acordo com os fundamentos da ergologia: o “corpo si” e os “usos de si por si” e o “uso de si pelo outro”. Em discussões de 2000 e 2007, Schwartz afirma que o “corpo si” é o que representa o aspecto da subjetividade. O “uso de si” são suas escolhas em função das quais ele vivencia o trabalho. “[...] é a pessoa que reinventa uma certa maneira de ser, de viver, de sobreviver, de sobreviver com os outros [...]” (SCHWARTZ & DURRIVE, 2015, p. 36). E “o uso de si pelo outro” é relativo aos vários tipos de normas presentes nas atividades do trabalho que o trabalhador deve cumprir, como: científicas, técnicas, organizacionais, de hierarquia e de gestão, que fazem referência a relações de desigualdade, subordinação e poder (SCHWARTZ, 2007).

De acordo com Schwartz e Durrive (2010), dramática significa que algum fato está ocorrendo, não obrigatoriamente como uma tragédia. “As dramáticas de uso de si são histórias em que se estabelecem, permanentemente, confrontos com todos os tipos de problemas: “é o que, parece-me, significa a expressão *debate de normas*” (SCHWARTZ & DURRIVE, 2015, p. 38). Ou seja, o trabalho abarca a dramática do uso de si, pois o trabalhador se engaja por inteiro nesse espaço de adversidades, inquietações, negociações, valores e normas. “*Parece um cabo de guerra*”. (Enfermeira 1). E o uso de si diz do trabalhador, enquanto um recurso, manifesta-se na situação de trabalho por não existir somente execução nessa dramática, mas sim, um uso (SCHWARTZ & DURRIVE, 2015). Constatam-se, através da observação aberta a seguir, os usos que o trabalhador faz de si e, também, dos saberes e usos dos outros para que haja adequação do trabalho a ele e não o oposto.

Nessa pesquisa no CAPS houve uma situação durante a permanência-dia (PD) de uma paciente em crise (se despindo, tinha alucinação visual, urinou no corredor, se automutilava, arrancava os pelos pubianos), o técnico de enfermagem convocou os outros para intervirem, então foi utilizada a técnica de contenção. Jorge *et al.* (2011) denominam essa contenção de tecnologia dura como forma de determinar o limite concreto do comportamento social do paciente, utilizada como ação para conter impulsos, limitar o outro. Sobre a situação aproximaram-se três profissionais e uma psicóloga sugeriu que, possivelmente, ela devia permanecer presa em casa e havia projetado para aquele momento, durante sua crise, na qual estava amarrada no leito, pois a paciente falava de um cadeado, afirmava que estava presa.

“São casos que mostram claramente, na clínica, os limites da palavra e da medicação. O franqueamento da barreira é de tal ordem que requer outra forma de contenção. Fazemos a diferença, existe a contenção para excluir; não obstante, existe a contenção para incluir” (BARRETO, 2010, p. 262-263).

Isso quer dizer para Silva (2010) que os trabalhadores se apresentam imersos nesse último esforço, e no final, exauridos e queixando da falta de infraestrutura para manter esse lugar. Além disso, os técnicos de enfermagem relataram que a paciente era diabética, por isso era necessário evitar as lesões devido à dificuldade de cicatrização em pacientes com esse diagnóstico. Fizeram um curativo. Segundo os profissionais o médico e as referências técnicas do caso não estavam presentes.

A dramática se apresenta em um confronto de problema, a crise da paciente com riscos de autoagressividade, há o limite da palavra e da medicação e a escolha pela contenção física, os trabalhadores estão diante de tensões, é preciso negociar entre eles, colocar em jogo quais são seus valores e quais normas seguir.

Para discutir essa dramática Ramminger e Brito (2011) utilizam a expressão “uso exacerbado de si” para retratar o trabalho do profissional do CAPS, que é “sempre uso de si, por si e para o outro” (p. 154). Ou seja, elas esclarecem que o trabalhador do CAPS faz uso excessivo de si em suas escolhas, propósitos e modos de confrontar com a variabilidade. Afirmam que os profissionais se encontram perante a falta de normas primordiais ou gestão de normas discrepantes (burocracia administrativa e plasticidade; oferta do serviço e demanda dos usuários; demanda dos gestores municipais e demanda do gestor estadual; CAPS e ambulatório, entre outros), e isso revela um desafio, dando importância às finalidades a serem atingidas conforme a reforma psiquiátrica.

Isso quer dizer que, conforme esclarece Schwartz e Durrive (2010), trabalhar é gerir as infidelidades do meio pelos usos de si. Acreditar que aquilo que é recorrente no trabalho seja fiel, é o mesmo que confiar na plenitude do trabalho prescrito, sem variabilidades e a todo instante contínuo, deste modo, inimaginável na lógica daquilo que é da vida humana.

Nesse sentido, o uso de “si” demonstra sempre mais que o trabalhador é incentivado, direta ou indiretamente, a elaborar respostas para os problemas enfrentados em seu ambiente de trabalho, como também criar estratégias para preencher o vazio de normas (VIEIRA JÚNIOR & SANTOS, 2012).

Em outra situação de trabalho, um paciente que foi buscar medicamentos na farmácia do CAPS II relatou para a farmacêutica um mal-estar iniciado no dia anterior, após uso de me-

dicação. A profissional imediatamente foi ao posto de enfermagem e relatou a situação, os profissionais de enfermagem, em seguida, avaliaram os sinais vitais e fizeram o teste da COVID-19 devido à presença de alguns sintomas característicos. Solicitaram também a intervenção do serviço social, pois o paciente revelara que vivia sozinho e administrava sua própria medicação em casa. Desse modo, os profissionais pontuaram que se tivessem acesso ao e-SUS¹ teriam informações sobre o acompanhamento de saúde do paciente na Atenção Básica e a intervenção poderia ser outra. Muitas vezes, os trabalhadores precisam intervir com as questões de comorbidades clínicas. *“O paciente de saúde mental é diabético, hipertenso, ele também adoece por outras causas”*. (Enfermeira 1).

Constata-se que no CAPS, os trabalhadores são impelidos a viver situações que não haviam previsto, as imprevisibilidades e usos de si pelo trabalhador são evidenciados no exemplo acima e apontam para um debate de valores e normas estabelecidas pelo sistema e que são a todo tempo confrontadas com as escolhas que o trabalhador realiza.

Ressaltam-se também as infidelidades do meio, no momento no qual a farmacêutica se depara com a queixa do paciente, que foi realizada ali, no guichê da farmácia, faz com que esse trabalhador escolha entre o que executar e o que não executar de acordo com os acontecimentos cotidianos. A comunicação torna-se um instrumento de segurança em relação às condutas a serem tomadas, especialmente, quando as dificuldades estão manifestas. Nessa situação, gerir as infidelidades do meio é responsabilidade do trabalhador que ao realizar usos de si e dos outros esbarra com o que é vivível nesse âmbito do trabalho. Por conseguinte, trabalhar é, então, reconhecer os riscos resultantes do viver (SILVA; SILVA; MENDES, 2017).

4.3.4 Normas antecedentes e as renormalizações

Schwartz (2000) formula o conceito de normas antecedentes fundamentando-se na discussão elaborada por Canguilhem da “filosofia das normas”. Nesse sentido, Canguilhem (2001) destaca que os indivíduos vivem em meio a normas e estas regulam suas ações, o indivíduo permanece submisso a regras durante as situações de trabalho (SILVA, 2010).

¹O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar o sistema de informação da Atenção Básica (AB) em nível nacional. Faz parte de um processo de informatização qualificada, em busca de um SUS eletrônico. Isso significa o registro individualizado das informações de cada cidadão, unificação e integração de todos os sistemas de software da AB (E-SUS, 2022).

Para Alvarez e Telles (2004), a noção de “normas antecedentes” é mais ampla que a de trabalho prescrito e ressaltam que não há diferença de natureza entre ambas. Os dois conceitos dizem respeito ao que é dado, exigido, apresentado ao trabalhador, antes do trabalho ser realizado. As normas antecedentes incorporam diversas dimensões presentes nas situações de trabalho, como: a) aquilo que se adquire com a inteligência do trabalhador; b) as experiências de forma coletivas; c) o saber-fazer; d) as construções históricas consideradas como patrimônio cultural e científico; e) a dimensão dos valores, que é para além da questão monetária e é da ordem do político e dos debates.

Dessa forma, nesse contexto da pesquisa a Reforma Psiquiátrica é uma das dimensões das normas antecedentes que se referem às regras que o trabalhador do CAPS tem que cumprir para alcançar os propósitos de seu trabalho, ou seja, aquilo que está prescrito e previsto para a realização do trabalho. Isso quer dizer para Schwartz e Durrive (2015, p. 39) que as normas antecedentes podem ser “[...] dos objetivos de gestão e de produção, das maneiras de fazer [...] podem, aliás, ser também renormalizações coletivas estabilizadas”, com o intuito de guiar cada ação a ser executada.

Cada situação de trabalho, então, apresenta, da parte daquele que o solicita, uma série de formalizações, prescrições, determinações hierárquicas, acordos entre os diversos níveis daquela organização e da sociedade na qual ela está inserida, elementos que se constituem em normas antecedentes. Frente a isso, cabe a cada trabalhador gerir essas normas a partir de suas próprias características e valores a fim de realizar o trabalho (ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2006, p.96-97).

Isso esclarece que a renormalização é resultado do enfrentamento dos trabalhadores diante das normas antecedentes. É por isso, que para analisar um trabalho é preciso compreender a atividade de quem o realiza, porque o trabalhador é quem decide como fazer, segundo suas convicções, crenças, valores, e se é pertinente ou não aquelas prescrições. Isso significa que nas situações concretas, o trabalhador entra em confronto com o prescrito e julga sobre onde, quando e como será essa renormalização.

Ao pensar sobre a estrutura física dos CAPS, uma importante prescrição é que sejam instalados dentro da região urbana e em casas comuns. Em relação a essa prescrição, observou-se no início da pesquisa, uma renormalização nesse sentido. O CAPS estudado não se localiza em casa, é um imóvel readaptado. Em sua pesquisa, Silva (2010) também observou que todos os CAPS estudados não se localizavam em casas e não tinham semelhanças. Para o autor, estavam distantes da proposta inicial e tinham a característica de estarem em imóveis reaproveitados ou readaptados com o objetivo de facilitar a instalação dos dispositivos de tratamento e da circulação de pacientes.

“O CAPS reside, está alojado em um lugar que não foi construído para ser um serviço de saúde. Foi uma república há alguns anos atrás, foi adequado, precariamente adequado para essa finalidade”. (Psicóloga 1).

Além disso, (BARBOSA; BARBOSA; SALDANHA, 2022, p. 39) ressaltam,

Contudo, estes objetivos complexos e ambiciosos propostos pelas políticas públicas precisam ser conjugados com as frágeis condições de trabalho no SUS, que inclui baixos salários, insuficiente carga de treinamento, reduzida perspectiva profissional, falta de material e instalações precárias, além da amplitude do território geográfico e diversidade de recursos de vida.

Compreende-se, dessa forma, que os trabalhadores criam estratégias de enfrentamento por meio das renormalizações, para os impasses cotidianos. Nouroudine (2004) caracteriza a renormalização como um processo de invenção de soluções específicas que terá consequências para desenvolver a atividade e reflexos na saúde, segurança e nas condições de trabalho.

“Tá vendo a minha sala bonitinha, ninguém fez isso. A gente pintou, o ventilador eu ganhei, a cadeira eu ganhei. Era uma cadeira assim, não tem esse cuidado, vamos mobiliar, vão tornar o ambiente acolhedor, confortável, porque passamos aqui muito tempo”. (Psicóloga 1).

Outros exemplos nos quais se percebem marcantes prescrições são: que o trabalho deve ser em equipe; há o trabalho dos denominados “técnicos de referência”, profissionais de variadas áreas responsáveis pelo acolhimento à crise e o acolhimento individual, corroborado por Silva (2010), Ruas e Mendes (2017), Lobosque (2020).

[...]CAPS é porta aberta, acolher todo mundo que tenha uma demanda em saúde mental; avaliar esse diagnóstico de cada caso; encaminhar se não for pra nós, fazer esse encaminhamento de modo responsável e contatar a rede, essa interlocução com a rede é responsabilidade nossa o tempo inteiro. Uma vez que eu identifico que se trata de caso com perfil pra cá, no momento do acolhimento eu já me torno responsável pelo atendimento, então esse, fazer esse atendimento, atendimento do paciente, atendimento à família, isso é interlocução; reunião; contato com rede; buscar meios de fortalecer esses vínculos familiares e comunitários, seja por iniciativa nossa aqui do CAPS, seja provocando a rede, a rede a prestar esse tipo de atendimento; participar; a gente tem as reuniões né, as reuniões de equipe, é, temos a supervisão clínico-institucional, a preparação dos casos clínicos, o projeto terapêutico que deve ser desenvolvido também pra cada um, pra ver se vai ser encaminhado, Centro de Convivência, pra avaliação psiquiátrica, avaliação clínica. (Psicóloga 1).

Além disso, observam-se, para exemplificar, diversas tarefas nas quais os trabalhadores se alternam, ao trabalharem em regime de plantões: organização do carro para o transporte cotidiano de pacientes em permanência-dia, atendimento ambulatorial individual e psicoterápico, organização dos leitos como suporte clínico em Saúde Mental para pacientes que necessitarem, atendimento em assistência social, atendimentos às famílias, visita domiciliar.

Nós temos que fazer relatório dos casos que atendemos, nós temos que fazer visitas domiciliares, busca ativa, tomar conhecimento de algum paciente que tá no território, nós não vamos pra outras cidades não, o CAPS é referência pra treze, mas no município a gente tem essa responsabilidade de ir fazer busca ativa, sensibilizar a família, atendimento individual e em grupo, supervisão, elaboração do projeto. E essas reuniões que a gente faz tanto uma vez por semana com a equipe, quanto no território mesmo, trabalhar junto com o Nasf, matriciar é responsabilidade do CAPS também. Então, antes da pandemia, tínhamos reuniões sistemáticas nos outros PSFs, atender tanto os pacientes que vem para o atendimento ambulatorial e aqueles que estão na permanência-dia e no hospital se tiver paciente internado. (Psicóloga 1).

Apesar da presença daquilo que está prescrito, o trabalho não é apenas espaço de repetição, pois diante de situações variáveis, singulares, adversas nos ambientes de trabalho, que estão ali no cotidiano de cada trabalhador, o indivíduo renormaliza sua atividade (SCHWARTZ, 2007). E de acordo com Santos (2017), o trabalhador cria mudanças, possibilita outras necessidades de saúde, novas formas de trabalhar e reordenar o serviço de saúde.

São dados fundamentais né, do primeiro histórico, dependendo da condição do paciente e é demorado, é, porque a gente precisa às vezes ouvir né, não só a pessoa como aquele que o acompanha também. É em algumas situações quando é um paciente em surto, quando é um paciente que tem algum tipo de demência, ou de déficit, então naquele momento ele não tá em condição de falar sozinho sobre o que o que o traz aqui, a gente precisa também tá ouvindo a família. Ai nessa lá no final tem a nossa conduta, uma hipótese diagnóstica e a conduta né, que pode ser agendar um atendimento comigo, solicitar uma avaliação psiquiátrica que é às vezes agendada, ou se tiver na crise é na hora que a gente já vai direto pro psiquiatra já faz um sumário do caso e já solicita o atendimento, podemos colocar em permanência-dia ou fazer encaminhamentos pra outros serviços de saúde ou de serviços da rede. (Psicóloga 1).

Esse trecho evidencia que a coleta de informações sobre o paciente está para além da Ficha de Acolhimento (ANEXO B). Esse exemplo comprova a diferença entre a tarefa ou prescrito e a atividade real. Schwartz (2000; 2007) não compara o trabalho humano com o trabalho prescrito ou com as normas antecedentes, devido a capacidade do trabalhador em renormalizar ao se apropriar daquilo que foi prescrito, há o seu registro, suas marcas no trabalho. Trabalhar é um processo de singularização e ressingularização por um lado e por outro, ao trabalhar realiza-se as escolhas que são sempre atravessadas pela dimensão do coletivo (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010). Desse modo, cada situação é peculiar e não há como reproduzi-la, não é possível recriar toda ação.

Assim, os CAPS como dispositivos nucleares (LOBOSQUE, 2020) do processo da Reforma Psiquiátrica se responsabilizam pela complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão marginalizados da sociedade, devido ao adoecimento psíquico (BRASIL, 2004). Res-

salta-se que o papel da equipe técnica é essencial na promoção da saúde e da reabilitação psicossocial dos usuários do serviço. Do mesmo modo, como Ruas e Mendes (2017), foi possível constatar no contexto pesquisado que as relações, as ações no trabalho estão além do que é prescrito. Essa verificação corrobora a afirmativa ergológica de que o meio é variável e se (re)constrói como um desafio na rotina dos trabalhadores.

4.3.5 O vazio de normas e as infidelidades do meio

Para Lhuilier (2012, p. 14), os efeitos do trabalho sobre a saúde são da ordem do invisível, preocupa-se muito com a saúde no trabalho, há produções políticas, leis, regulamentos, pesquisas científicas, mas as relações entre saúde e trabalho são multifatoriais “[...] e que resistem a uma atribuição causal unívoca [...]”. Ou seja, ao negar as fontes, os processos de sofrimento e os riscos do trabalho há um desdobramento em algo que é invisível e essa invisibilidade aumenta sobre o trabalho real e pode levar ao agravamento do sofrimento psíquico.

Dessa forma, as expressões das relações entre saúde e trabalho dependem das possibilidades que os trabalhadores têm para reconhecê-las e, ao mesmo tempo, trata-se de uma construção que é social que determina o limite entre o visível e o invisível (LHUILIER, 2012).

Ainda Lhuilier (2012) afirma que o distanciamento entre o prescrito e a realidade do trabalho pode ser pensado apontando-se três dimensões: do real, das relações sociais e do sujeito. A do real diz de uma ação que sempre confronta as bordas dos recursos que se têm, como as regras, o real se recusa, ele luta para não se diluir nas normas; o espaço social é para além da divisão do trabalho em relação a definição, aplicação das regras, mas diz de um espaço de elucidar, legitimar, escolher e renormalizar as regras, como ressalta Schwartz (2004); a do sujeito compreende-se como aquele trabalhador que vai se construindo e se reconhece no espaçamento de qual é seu papel e do prescrito, no afastamento do padrão, no manejo das práticas.

Isso quer dizer que, na divisão do trabalho, os prescritores supõem que a organização da realidade e o modo de trabalhar estão garantidos conforme as prescrições.

[...] Os prescritores, reforçando o seu papel profissional, asseguram a qualidade das regras, enquadrando a atividade e tendem a deixar na sombra a face oculta do trabalho, aquela que não coincide com o trabalho prescrito. [...] A divisão do trabalho é também uma divisão dos riscos: riscos da imputação de responsabilidade na atribuição causal dos disfuncionamentos, incidentes, acidentes, doenças... E prescritores como operadores tendem a manter a invisibilidade do trabalho (LHUILIER, 2012, p. 22).

A prescrição, por exemplo, de que o CAPS é um serviço de porta aberta é assegurada, mas às custas de que? Será que os procedimentos comportam todo o trabalho que precisa ser realizado, os ajustes necessários?

Então é, a gente carrega nos ombros uma responsabilidade que extrapola as prerrogativas do cargo de cada um que tá aqui dentro, extrapola e seria da competência dos gestores prover muita coisa que a gente faz, porque num tem isso. Eu tenho que atender a quantidade de pessoas que eu atendo? Não. Eu tenho que acolher o caso de uma mãe, seria pro CAPS lidar com o luto? Não temos pra onde encaminhar para que a gente possa se ater ao nosso trabalho, então sob pressão a gente acaba acolhendo, atendendo muito mais do que seria humanamente viável, possível né, então é um cansaço, a sensação que eu tenho hoje é de muito cansaço, muito esgotamento. (Psicóloga 1).

Desvela-se através desse trecho a insuficiência da rede, na qual os profissionais vivem uma situação angustiante, por não haver para onde encaminhar pacientes e também por ter de conviver com a dramática de responsabilizar ou não por novos pacientes, em prejuízo dos que já são atendidos.

Nesse sentido, isso corrobora a abordagem Ergológica do trabalho que constata as variabilidades do meio e se reorganizam como um confronto no cotidiano dos trabalhadores. De acordo com Schwartz (2007), o meio se apresenta infiel, devido às situações diversas e Schwartz (2004, p. 23) propõe a seguinte reflexão: “toda gestão supõe escolhas, arbitragens, uma hierarquização de atos e de objetivos, portanto, de valores em nome dos quais essas decisões se elaboram”. E outra infidelidade é o que homem singulariza o meio e desvela o que é mais importante.

Ou seja, para Schwartz & Durrive (2015), o mundo é variável, é impossível padronizar, e esse impossível se refere a uma premissa de vida, visto que desenvolver em um mundo convencional, programado pelos outros, seria invivível por um ser humano que tenta a todo custo ajustar o meio ao redor de seus princípios de saúde. Fazer uso de si é a forma de gerir aquilo que não foi possível antecipar. Perante os vazios de normas, do desajustamento e da inflexibilidade das normas antecedentes, o trabalhador continua a renormalizar, tomar decisões. “Fazendo isso, ele não faz senão aumentar a variabilidade da situação inicial, afastando ainda mais a perspectiva - invivível – da padronização” (p. 380).

Mendes (2014) observou a importância do saber-fazer com o intuito para atender à demanda perante as variabilidades relacionadas à atividade de trabalho no dia a dia complexo onde a aprendizagem do novo é frequente. Os objetivos alcançados, ou não, referem-se ao como fazer (atividade de trabalho), pois o meio é “infidel” (CANGUILHEM, 2010), e não se restringem ao que se tem que fazer, ou seja, ao prescrito e às normas antecedentes.

Por exemplo, o ato de remanejar o plantão no CAPS pode parecer simples, mas só é satisfatório e gera resultados benéficos em razão da experiência da equipe e o valor no trabalho, é reinventar o meio que é infiel e renormalizar para gerir os riscos. De outro modo as consequências seriam percebidas por todo serviço,

O plantão ele é organizado por turnos o dia inteiro né, a partir das 7 horas da manhã e nós, agora nesse momento de uma demanda muito grande, nos organizamos em duplas, então segunda-feira meu plantão e a Psicóloga C tá no suporte. Nós encontramos uma maneira de trabalhar que é eu pego o primeiro, ela vai no segundo e aí a gente vai sucessivamente pra não ficar muita gente esperando e na quinta-feira eu to com ela. É o plantão dela e eu. E a equipe às vezes, dois não é suficiente, ainda a gente conta com as assistentes sociais, elas têm acesso ali, todo mundo tem, mas tem que ter computador; computador é uma sala só, aí elas vão lá e olham, fazem uma avaliação do caminhar do paciente na rede, o tipo de medicação que ele costumava usar; as especialidades que ele costumava consultar; que às vezes chega aqui sem nenhuma informação, nenhum tipo de informação, e esse discernimento que a gente tem que ter. Às vezes encaminham casos de demência, Alzheimer; aí você tem que contatar; depois de certa idade surgiu um transtorno mental aos noventa, aos oitenta né, não costuma acontecer. (Psicóloga 1).

O que quer dizer que, nesse cenário, a função de estratégia dos trabalhadores para antecipar as situações de risco evidencia como a atividade é peculiar e demanda que os saberes sejam confrontados (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010). Desse modo, no empenho ao cuidar e promover a reabilitação psicossocial dos pacientes, os trabalhadores da saúde atuam de forma coletiva usando suas competências, vivências e experiências do outro (SILVA, 2010; ALMEIDA, 2012).

Ressalta-se um agir em competência do trabalhador diante do risco, os saberes são construídos em função das vivências dos profissionais e associados à observação da experiência e orientação dos colegas de trabalho.

[...] ajudar na construção de um caso, ajudar a lidar com situações de crise e nós tivemos com essa paciente, olha tá muito hostil, é da cultura familiar dela, da violência, da hostilidade, da reação impulsiva diante de uma frustração. Hoje qualquer coisa que possa cercear a liberdade, ela cresceu em um ambiente assim, então a gente teve algumas vezes que chamar a polícia pra que ela pudesse se haver com a lei, dessas duas vezes que os policiais vieram eles foram muito mais didáticos e pedagógicos do que qualquer outra coisa, mas quem se sente ferido e violentado no corpo, no seu direito tem direitos se quer registrar um B.O., se quer seguir por essa via ou não, eu entendo assim, entendo que são pessoas diferentes, mas a lei ela não pode ser ignorada não, isso não é nem, ajuda ninguém a se estruturar; vai ficar acima da lei, que vai triunfar acima da lei, então é um desafio. Não tem um dia no CAPS que você não seja desafiado de alguma maneira. (Psicóloga 1).

Em vista disso, o referencial ergológico baseia-se na transformação do trabalho e na possibilidade constante do trabalhador renormalizar como relevante perspectiva de transformar

determinada situação de trabalho para construir a saúde. Dessa forma, pode-se pensar sobre a relação saúde e trabalho apontados por Lhuilier (2012), no qual o trabalho ocupa posição central para compor o quadro de saúde de um grupo de indivíduos, uma vez que os recursos proporcionados para superar os sofrimentos e os desafios no trabalho serão delineados pelos trabalhadores (BRITO, 2006; SCHWARTZ, 2000).

Vieira Júnior e Santos (2012) afirmam que, nessa conjuntura, suposto que na dinâmica de organizar e reorganizar, de construir e reconstruir a sua atividade, está a solução para que o trabalhador encontre satisfação, realize suas atividades adequadamente e confronte o “vazio de normas” na tentativa de gerir a sua saúde e segurança. Schwartz (2007) propõe que esse “vazio de normas” assinala que quando não há normas, poderia ser o momento para reconstruir o meio, mas pode oportunizar uma situação de adoecimento.

Então desde essa condição da estrutura física, a questão da penosidade que é lidar com o risco, com a ameaça, ficar sem referência técnica de casos muito graves, é muito difícil, é preciso muito ter energia, ser muito saudável pra suportar; né, essa demanda e desses casos, dessa tentativa de autoexterminio pra mim é muito difícil de lidar; muito percebido como o fio da navalha. [...]. A gente lida com a falta, com a falta o tempo todo, a falta constitutiva do sujeito, é a falta no real mesmo, o que que é preciso, o que que a gente pode oferecer, como poderíamos ir mais. (Psicóloga 1).

Deste modo, o “vazio de normas” que está apoiado nas imprevisibilidades demonstra que há lacunas naquilo que foi pensado antes, o prescrito e as normas antecedentes que se devem seguir tornam-se inadaptados, insuficientes para predizer todos os eventos de uma situação (SCHWARTZ & DURRIVE, 2015) e compelem os trabalhadores a sempre utilizarem suas potencialidades e seus recursos singulares para que o trabalho aconteça, apesar do programado (MOURA, 2009). A verbalização da profissional exemplifica o vazio de normas e as infidelidades do meio, em que aquilo que foi delineado, projetado nem sempre se constitui e impõe ao trabalhador escolhas a todo o momento, podendo conduzi-lo a um quadro de adoecimento (CANGUILHEM, 2001).

Ainda podem ser verificadas lacunas instrumentais (MENDES, 2014). Como verbalizado:

PSF podia tá aí equipado, estruturado para lidar com Saúde Mental, não está, então o CAPS era pra atender crise só. A portaria que cria o CAPS fala disso, transtorno mental grave recorrente persistente, mas aquela pessoa que chega num sofrimento muito grande, mas que não tá numa crise não tem um transtorno, ainda não tem, não pode ser classificada dessa forma, vai pra onde, né? (Psicóloga 1).

Angústia também motivada em decorrência do novo, do imprevisto e do risco relacionado à mudança no perfil dos pacientes. Essa mesma angústia foi apontada por Mendes (2014),

em seu estudo, revelado por técnicos de enfermagem na assistência aos pacientes em hospital psiquiátrico. Como dito por uma psicóloga no CAPS:

Então, o que mais que houve na pandemia? Aumento da violência intrafamiliar; aumentou demais, o abuso de álcool, de outras substâncias, de remédio, uma medicalização muito grande e onde você acha tudo isso no município, você acha no CAPS. É aqui que tem tudo. Se eu tiver algum problema, alguma crise familiar ou uma questão que seja eu não vou procurar a rede privada, eu vou procurar o CAPS. (Psicóloga 1).

Atualmente, no período da pandemia os fatores de risco associados ao suicídio aumentaram, como perda de emprego ou econômica, trauma ou abuso, transtornos mentais e barreiras ao acesso à saúde (BARBOSA; BARBOSA; SALDANHA, 2022).

Nesse cenário estudado, verifica-se uma clínica em que os profissionais enfrentam o limite no dia a dia: esse exemplo também demonstra que a estrutura de rede é insuficiente, pois constatam-se que os dispositivos precisam ser mais eficientes e específicos no que se refere ao cuidado, proteção, há uma população que é específica, e o trabalho em Saúde Mental exige uma articulação entre os serviços. A fragilidade da rede acarreta e desenvolve um sofrimento/penosidade que já é intrínseco aos limites da própria clínica (MENDES, 2014).

Dada à importância dessas escolhas é que se caracteriza outra infidelidade do meio: o trabalhador é ímpar, carrega as suas peculiaridades e fundamenta-se nos seus valores e na sua história pessoal para efetivá-las e, inevitavelmente, elas não serão uniformizadas (SCHWARTZ, 2007).

Então por não poder prestar um atendimento com uma estrutura de qualidade, com todos os recursos necessários isso gera muito sofrimento, porque ninguém fica aqui nesse lugar; ninguém trabalha aqui se não for movido por muito amor, por muito desejo. Não é um lugar que a pessoa vá com outros interesses, é a paixão pela saúde pública, pela Saúde Mental, pelo SUS, é esse compromisso com a Reforma, o que falta a gente tenta suprir com nossos recursos pessoais e de pessoais eu to falando de nós mesmos, enquanto sujeitos mesmos, de segurar essa crise. Mas, se não fosse o servidor né, que apesar das condições de trabalho, dos salários muito abaixo dos que são pagos na região, por exemplo, apesar disso tudo, a gente tá aqui por uma questão de desejo mesmo, só o que segura. Por dinheiro ninguém trabalha aqui, ninguém. (Psicóloga 1).

Isso se refere a outro conceito relevante, o de “valores”, que, na Ergologia, refere-se ao peso que se concede parcialmente às coisas; uma organização, uma classificação particular a cada um com o intuito do que se estima, escolhe, ou de outro modo abandona, recusa. Nesse ponto, é a investida de cada um de se colocar, fazer uso de si e colocar um pouco do seu valor sobre o meio no qual se encontra (exemplo: um consultório personalizado). O indivíduo não produz sozinho os seus valores, mas retrabalha incansavelmente através do chamamento e requisições do meio (SCHWARTZ & DURRIVE, 2015).

É, muitos dos nossos pacientes têm uma condição muito precária, são muito pobres, miseráveis alguns, as condições de habitação são precaríssimas, vínculos familiares precaríssimos, comunitários também e é difícil lidar com esse sofrimento deles também né. Às vezes, sem saber onde que vai passar, vai sair daqui pra onde que vai, quem vai cuidar. (Psicóloga 1).

Esse trecho expressa um valor do “bem comum”, um valor não dimensionado, conforme Schwartz e Durrive (2015), trata-se do valor de querer o bem ao próximo, o trabalho para os profissionais não se limita ao espaço do CAPS está para além em razão de um valor universal.

Dessa forma, trabalhar é sempre um processo de singularização e ressingularização, as escolhas são sempre atravessadas pela dimensão coletiva. É uma outra possibilidade de enfrentamento dos riscos, de lidar com o vazio de normas, com as infidelidades do meio. Nesse sentido, um coletivo é sempre convocado, trata-se de uma convocação de um agir não antecipável, se existe um serviço a ser realizado em comum, geram-se então “entidades coletivas relativamente pertinentes”, porque não estão inseridas em um organograma, e não está delineada por responsabilidades, papéis, lugares, postos. Esse coletivo não está dado (SCHWARTZ, 2011), ou seja, se refere ao coletivo do ponto de vista da atividade, visto que seu limite não está estabelecido, porém embasado pela atividade num determinado instante, como “sinfonias sem maestro” (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010). “[...] E se se trocam os operadores, o coletivo pode se enfraquecer na sua densidade, na sua eficácia [...]” (SCHWARTZ & DURRIVE, 2015, p. 378).

Em uma situação, durante a permanência-dia (PD) de uma paciente em crise, um técnico de enfermagem que se encontrava sozinho com ela, precisou convocar os outros profissionais para intervirem. Outro paciente em PD, no leito ao lado, estava prostrado. Após a administração da medicação ele reagiu, começou a andar e mudou o humor. Porém, a equipe estava prestando assistência à paciente em crise. Depois, perceberam que ele havia reagido.

Nessas duas situações verifica-se que o coletivo não se forma no aqui e agora da situação, a sincronia que é um ingrediente da competência (SCHWARTZ, 1998), está por construir e, dessa forma, se limitam as reservas de possibilidades para a situação local de trabalho. Um grupo homogêneo é diferente de uma entidade coletiva, e o plano do conjunto não é, absolutamente, um acordo (RABELO *et al.*, 2014).

Os resultados sobre o tempo de atuação dos trabalhadores na instituição cenário deste estudo, demonstraram que oito dos dez participantes tinham entre duas semanas a oito meses no serviço apontando uma fragmentação no coletivo.

Há ainda a rotatividade de psiquiatras no CAPS, observadas também na pesquisa de Silva (2010) e (2016). Silva (2010) afirma que existe um desconforto e que a média de permanência de um psiquiatra no serviço é de dois anos. Alguns dados empíricos contribuem para compreender essa situação. No CAPS estudado em janeiro de 2021 tinham três psiquiatras cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), em agosto de 2021 tinha um psiquiatra e um médico da Estratégia Saúde da Família (ESF) registrados e no período da coleta de dados de janeiro a março de 2022 havia um médico da ESF cadastrado (CNESNet, 2022).

No momento, a gente tá com uma médica psiquiatra só, eram três, um não dá conta, não dá. É preciso outros. Cé tem que ter seus pares, ainda que seja uma equipe multidisciplinar e que... Essa profissional, por exemplo, ela nos ouve, a gente o tempo inteiro consegue essa interlocução boa, nós tínhamos outro, já tivemos outros médicos assim também, muito dispostos a ouvir o que a gente tinha a dizer a respeito, mas uma só não tem jeito. É impossível, é inviável, não adianta mandar um médico pro CAPS que não vai resolver, vai adoecer, não vai dar conta, ele vai entrar num sofrimento e não vai conseguir dar conta e vai fazer outra coisa. E a gente tem que enxergar até, tem que ter esse olhar até pras questões de mercado, são poucos psiquiatras, poucos dispostos a trabalhar com Saúde Pública, então o que eles têm a dizer tem que ser ouvido também, o que que é necessário, o que que é possível, o que que é viável. Com três a gente conseguia trabalhar muito bem, com dois é possível, com um não dá, é massacrante pro profissional, ele não consegue fazer, fazer a escuta, o tempo de retorno vai ficar muito grande e o número de receitas pra se renovar, absurdo, o tempo todo, de relatório, de laudo pra fazer, a gente lida com psicotrópico e né, as receitas são muito controladas, o uso dessa medicação, então a exigência pra farmacêutica é enorme também. Então nós temos passado um período sem, desde que um psiquiatra saiu, desde o início desse governo, que tem sido muito, muito difícil trabalhar sem psiquiatra. Eles resolveram sair, porque não tavam satisfeitos com a modalidade de contrato, o valor de hora, não sei te dizer exatamente. E muitas propostas fora daqui, prefeituras que pagam muito mais, porque o salário foi ficando só defasado, muito defasado, muito ruim. (Psicóloga 1).

O desconforto citado por Silva (2010) ainda reflete que diante da falta desse profissional no serviço, seu trabalho é organizado em função das diversas demandas acumuladas. Isso quer dizer que o primeiro profissional que surge tem seu trabalho bastante requisitado, são avaliações, diagnósticos, medicação para os usuários presentes e manutenção de prescrições realizadas pela equipe previamente à sua entrada.

A rotatividade contribui para a fragmentação do coletivo e em oposição à isso é necessário um coletivo coeso no serviço do CAPS. Isso significa que os saberes diversos só serão construídos e retrabalhados de forma coletiva e individual nas atividades quando o coletivo não estiver dissociado.

Trata-se da noção de “saberes investidos”, de saberes que acontecem em aderência, que formam capilares com a gestão de todas as situações de trabalho, e que são conquistados nas trajetórias individuais, coletivas e singulares (SCHWARTZ, 2010).

O que para Rodrigues e Mendes (2019, p. 227), quer dizer que: “Essa percepção única e individual dos momentos ali vividos é o que torna a atividade singular, situando-a naquele tempo e espaço e exigindo do profissional habilidades que muitas vezes foram desenvolvidas sem que ele mesmo percebesse”. O que para Calvo *et al*, (2022) o sujeito age necessariamente, em função de sua competência, fazendo uso do corpo e de suas estratégias.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: as (im)possibilidades da clínica e do vazio de normas

As possibilidades de renormalização individual e coletiva do trabalhador na assistência ao paciente em sofrimento psíquico estão interligadas às (im)possibilidades da própria clínica, ou seja, o trabalhador está diante do impossível do real (psicanalítico) presente no sofrimento psíquico que resiste à simbolização, não se deixa representar. Está também diante das (im)possibilidades do vazio de normas e normas antecedentes, por exemplo, como a Reforma Psiquiátrica que não conseguem abarcar todas as imprevisibilidades, sendo insuficientes. Há ainda, em muitos casos, novas prescrições de trabalho estabelecidas para os trabalhadores no campo da Saúde Mental, de modo inapropriado, que não permite um campo de manobra na gestão do trabalho.

Mas, ao mesmo tempo, é por esse viés da impossibilidade que é possível tocar esse real do sofrimento psíquico, esse real do vazio de norma, e as novas prescrições de trabalho. É pelo engajamento da palavra, através do uso do saber do trabalhador, por seus valores colocados em prática, pela sua competência durante a atividade laboral, pela dimensão coletiva sincronizada, e dessa forma, reinventar seu meio de trabalho e renormalizar para gerir os riscos nele presentes.

Ressalta-se que no contexto do estudo, os problemas relacionados à saúde e segurança têm demonstrado que há uma distância entre a tarefa e a atividade de trabalho acarretada também pelo modelo de gestão gerencialista ou tecnoburocrático, que é a soma de técnicas administrativas que se configura por uma divisão do trabalho parcelada, uma pirâmide de hierarquias, relevância de especialistas e técnicos. As atividades humanas são interpretadas em parâmetros de desempenho traduzidos em custos ou benefícios, prescrições rigorosas e utópicas. O trabalhador e suas práticas estão subordinados às normas, nesse contexto, a inflexibilidade das tarefas diminui a autonomia e impossibilita ao trabalhador lidar com o fortuito ou que não foi bem analisado pelos gestores. Lidam também com a ideia antagônica de

que é preciso fazer o bem mesmo que não tenham instrumentos, que não estejam preparados para isso.

Ou seja, para esse modelo de gestão, a organização da realidade, o modo de trabalhar e a divisão do trabalho estão garantidos conforme as prescrições, concluindo que se estiver assegurada a qualidade das regras, logo é possível englobar toda a atividade de trabalho. Porém, o que ocorre é que: o como se faz, como se trabalha, permanece na clandestinidade e a divisão do trabalho do modo como é realizada é também a divisão dos riscos, das responsabilidades dos acidentes, doenças, disfuncionamentos. Então tudo isso tende a manter a invisibilidade do trabalho.

As transformações do modelo de atenção em saúde mental e suas consequências na assistência demonstram a complexidade de funções no contexto do CAPS para além da assistência à doença. O trabalhador nessa atividade se engaja por inteiro, pois são saberes e valores investidos, há um atendimento que objetiva um cuidado ampliado: promover a inserção dos usuários a um ambiente social e cultural concreto, sensibilizar as famílias e a comunidade para que exista uma estabilidade do vínculo; cuidado em liberdade; contribuir para o exercício da cidadania. As equipes de trabalho não estão mais atrás dos muros dos manicômios, agora circulam pela cidade e chegam até os domicílios das pessoas, por exemplo, o adoecimento agora é entendido como um processo que também é social. Nesse sentido, as equipes de trabalho precisaram se preparar para superar a divisão laboral, romper com as prescrições com a finalidade de se apropriarem do trabalho em saúde mental.

As possibilidades, nesse sentido, estão nas mudanças do modo de gestão, inicialmente, precisa-se compreender que o modelo é uma construção social, e, portanto, passível de transformações usando instrumentos do passado e atuais e considerando o saber, a criatividade e a responsabilidade do trabalhador. Essa reforma pode abranger as condições de trabalho e a sua organização. Dessa forma, pode-se reconhecer as atividades laborais, rearranjar o processo de produção, adaptar os horários de trabalho, possibilitar maior versatilidade e independência dos trabalhadores, e propiciar a formação de um lugar para a palavra nos diferentes níveis.

Portanto, utilizar de metodologias como a Ergonomia e Ergologia para fazer aflorar a atividade, evidenciar os saberes e valores ali compartilhados, desvelar os mecanismos de renormalização do trabalhador, propiciar espaços de debate, fortalecer o coletivo de trabalho são possibilidades para a gestão da saúde e segurança naquele contexto.

Os resultados aqui apresentados abrem possibilidades de confronto com outras pesquisas nos variados dispositivos da rede de saúde mental e que tenha como centro de discussão os

trabalhadores. Assim, espera-se em vista disso, que este trabalho seja um estímulo para a realização de novos estudos que utilizem a ergonomia e a ergologia como ferramentas de análise e intervenção na área da saúde mental, pois tais perspectivas ampliam o universo das atividades de trabalho, das normas antecedentes, das renormalizações, do debate de normas e valores, da dramática dos usos de si e que, dessa forma, possibilitam análises e discussões para melhorias no serviço de assistência ao paciente em sofrimento psíquico bem como a materialização de um ambiente de trabalho saudável e com segurança.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Júlia; SZNELWAR, Laerte; SILVINO, Alexandre; SARMET, Maurício; PINHO, Dinha. **Introdução à ergonomia: da prática à teoria**. São Paulo: Blucher, 2009.

ACIK, Yasemin; DEVECI, S. Erhan; GUNES, Gulsen; GULBAYRAK, Canan; DABAK, Sennur; SAKA, Gunay. et al. Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. **Occupational Medicine**, n.58, 361-366, 2008.

AGUIAR, Amanda Pacheco; CARDOSO, Jefferson Paixão; SOUZA, Cícero Santos; MACÊDO, Marina Mascarenhas Santa Rosa; SANTOS, Washington da Silva; OLIVEIRA, Juliana da Silva. Condições de Trabalho e de Saúde de Trabalhadores da Saúde Hospitalar. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Volume 25. Número 2. p.361-372, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/56690/33675>. Acesso em: 22 jun. 2022.

ALMEIDA, Daniela Tonizza de. **Análise do trabalho de uma equipe multiprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas** [manuscrito]. 2012. 207 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

ALVAREZ, Denise; TELLES, Ana Luiza. Interfaces ergonomia-ergologia: discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, Marcelo; ATHAYDE, Milton; BRITO, Jussara; ALVAREZ, Denise (orgs). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP & A, 2004. p. 63-90.

ALVES, Wanderson Ferreira; CUNHA, Daisy Moreira. Da atividade humana entre Paideia e Politeia: saberes, valores e trabalho docente. **Educ. rev.** 28 (2) • Jun 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/pHkpQKprbGDx7kdnnnLcBZG/>. Acesso em: 26 set. 2021.

AMARANTE, Paulo. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: M. KALIL (Org.), **Saúde Mental**

e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde (pp. 103-109). São Paulo/Salvador: Editora Hucitec/ Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5rhqg9GH3jhjMckjJ7BPKGK/?format=pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra Brasil da. **Saúde Mental, formação e crítica**. /organizado por Paulo Amarante e Leandra Brasil da Cruz. – Rio de Janeiro: Laps, 2015.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência e Saúde Coletiva**, 23 (6): 2067 – 2074. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/2067-2074/pt/>. Acesso em: 08 nov. 2021.

ANDERSON, Linda; GERALD, Maria Fitz; LUCK, Laretta. An integrative literatura review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. **Journal of Clinical Nursing**, v.19, n.17-18, p.2520-2530, 2010.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo Editorial. 1999.

ANTUNES, Ricardo; DRUCK, Graça. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **O Social em Questão** – Ano XVIII – nº 34 – 2015. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/Sm4618UP754c17102374.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2020.

ARAÚJO, Celeide Silva Barcelos. **Processo de trabalho em saúde mental: um estudo com trabalhadores de CAPS**. (2018) Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia; Uberlândia, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/22467/1/ProcessoTrabalhoSa%c3%bade.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2022.

ARMSTRONG, Fiona. Keeping nurses safe: an industry perspective. **Contemporary Nurse** 21, 209–211, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ERGONOMIA. ABERGO. **O que é ergonomia**. 2022. Disponível em: www.abergo.org.br. Acesso em: 21 jun. 2022.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. *In*: MINAYO-GOMEZ, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. (orgs). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2011.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. **Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.

ATAN, Senay Ünsal; ARABACI, L. Baysan; SIRIN, Um; ISLER, Um; DONMEZ, S.; GÜLER, M. Unsal; OFLAZ, U.; OZDEMIR, G. Yalcinkaya; TASBASI, F. Yasar. Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, n.20, 882-889, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/233875080_Violence_experienced_by_nurses_at_six_university_hospitals_in_Turkey. Acesso em: 17 mai. 2019.

BABOIN, José Carlos de Carvalho. Trabalhadores sob demanda: o caso “Uber”. **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**, São Paulo, v. 83, n. 1, p. 330-362, 2017.

BAPTISTA, Ana Terra Porciúncula; SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira; GALLASCH, Cristiane Helena; VARELLA, Thereza Christina Mó Y Mó Loureiro; NORONHA, Isabela da Rosa; NORONHA, Isabele da Rosa. Adoecimento de trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, p.1-7, 2018; 26:e31170. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/31170/27753>. Acesso em: 22 jun. 2022.

BARBOSA, Genário Alves; BARBOSA, Adriana Gaião; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Desafios para a saúde mental no SUS: do estigma ao acesso. *In: Das vulnerabilidades à promoção da saúde* [recurso eletrônico] / organizadores, Ana Alayde Werba Saldanha. – Campina Grande: EDUEPB, p.33-46. 2022. 488 p.

BARRETO, Francisco Paes. **Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010, 336p.

BARROS, Denise Dias. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EdUSP/ Lemos, 1994.

BELLENZANI, Renata; PARO, Daniela Megliorini; OLIVEIRA, Marina Cardoso de. Trabalho em saúde mental e estresse na equipe: questões para a política nacional de humanização/SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, 8(1),32-43. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsa-lud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177093X2016000100005. Acesso em: 22 jun. 2022.

BEZERRA, Edilane Nunes Régis. Sofrimento psíquico masculino em contexto rural: os sentidos das vulnerabilidades e contribuições para o campo da saúde. *In: Das vulnerabilidades à promoção da saúde* [recurso eletrônico] / organizadores, Ana Alayde Werba Saldanha. – Campina Grande: EDUEPB, p.98-115. 2022. 488 p.

BORDIGNON, Maiara; MONTEIRO, Maria Inês. Problemas de saúde entre profissionais de enfermagem e fatores relacionados. **Revista electrónica trimestral de Enfermería**. n.51. p.447-458. julio 2018. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n51/pt_1695-6141-eg-17-51-435.pdf. Acesso em: 14 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria SAS/MS nº 189, de 19 de novembro de 1991.** Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2021.

BRASIL. **Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.** Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Lei Nº 10.216 de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília; DF, 2001. Brasília/DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 14 mai. 2019.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece as modalidades de CAPS e equipe mínima.** 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**, Brasília, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso: 09 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 08 nov. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos.** 2020. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>. Acesso em: 17 jun. 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **NR 09 - Avaliação e Controle das Exposições Ocupacionais a Agentes físicos, químicos e biológicos.** Brasília: Ministério do Trabalho e Previdência, 2021_a. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/ptbr/composicao/orgaosespecificos/secretariadetrabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-09-atualizada-2021-comanexosvibra-e-calor.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2022.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **NR 17 - Ergonomia.** Brasília: Ministério do Trabalho e Previdência, 2021_b. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/ptbr/composicao/orgaosespecificos/secretariadetrabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-17-atualizada-2021.pdf>. Acesso em: 19 jun.

2022.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **Anexo II da NR 17** – Trabalho em Teletendimento/Telemarketing. Brasília: Ministério do Trabalho e Previdência, 2021^c. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretariadetrabalho/inspecao/segurancaesaudenotrabalho/normasregulamentadora/s/nr-17-anexo-ii-teleatendimento-atualizado-2021.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2022.

BRITO, José Eustáquio de. **Reflexões epistemológicas sobre a ergologia**. Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação - FaE/UFGM. 2006. Disponível em: <http://29reuniaio.anped.org.br/trabalhos/posteres/GT09-1830--Int.pdf>. Acesso em: 26 set. 2021.

BURGOS, Marcelo Tadeu Baumann; BELLATO, Caíque Cunha. Gerencialismo e Pós-Gerencialismo: em busca de uma nova imaginação para as políticas educacionais no brasil. **Sociol. Antropol.** 09 (3) • Sep-Dec 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sant/a/hzHGhpwG-MxYvzhvqzPP7vs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jun. 2022.

CALVO, Daniel de Souza Costa; FERREIRA, João Alberto; CUNHA, Daisy Moreira; MENDES, Davidson Passos. As contribuições do direito de recusa a trabalho perigoso para a organização dos processos produtivos. **Revista Gestão Industrial**, Ponta Grossa, v. 16, n. 2, p. 102-123, Abr./Jun. 2020. Disponível em: <https://revistas.utfpr.edu.br/revistagi/article/view/8872/7933>. Acesso em: 16 nov. 2021.

CALVO, Daniel de Souza Costa; FERREIRA, João Alberto; CUNHA, Daisy Moreira; MENDES, Davidson Passos. The complexity and contradictions of the right to refuse to do hazardous work in the Surgical Center of a hospital. **Work - A Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation**, v. 71, p. 761-770, 2022.

CAMPOS, Amilly dos Santos; SANTOS, Jéssica Lorrane Barreto Silva; FARIAS, Queila Samara dos Santos; ARAÚJO, Tâmara Kelly Silveira; GALLOTTI, Fernanda Costa Martins. Relação das condições de trabalho e o adoecimento dos profissionais de enfermagem. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit** | Aracaju | v. 6 | n. 3 | p. 47-58 | Março 2021. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/9624>. Acesso em: 16 mai. 2022.

CANGUILHEM, George. Meios e Normas do homem no trabalho. *In*: **Revista Pro-posições**, v. 12 (35-36), jul-nov, 2001. Disponível em: <https://www.fe.unicamp.br/pf-fe/publicacao/2113/3536-artigos-canguilhemg.pdf>. Acesso em: 26 set. 2021.

CANGUILHEM, George. **O normal e o patológico**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3114962/mod_resource/content/1/O_Normal_e_o_Patologico.pdf. Acesso em: 26 set. 2021.

CATLETTE, Martha. A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers [sic]. **Journal of Emergency Nursing** 31, 519–525, 2005. Disponível em: [https://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(05\)00433-2/pdf](https://www.jenonline.org/article/S0099-1767(05)00433-2/pdf). Acesso em: 09 nov. 2021.

CAVALHEIRO, Alexandra; CALÇA, Robson Pereira. Saúde Mental, entre a ética e a economia. *In: Alexandre Simões, Gesianni Gonçalves. (Orgs.). (2019). **Psicanálise e psicopatologia: olhares contemporâneos**. São Paulo: Blucher, 2019. p. 99-111.*

CHANLAT, Jean-François. Modos de Gestão, Saúde e Segurança no Trabalho. *In: Davel, Eduardo, & Vasconcelos, João. (Orgs.). (1995). **Recursos Humanos e Subjetividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p. 118-128.*

CHAPMAN, Rose; IRENE, Estilos; PERRY, Laura; COMBS, Shane. Examining the characteristics of workplace violence in one nontertiary setting. **Journal of Clinical Nursing**, n.19, 479-488, 2010. Disponível em: <https://acuresearchbank.acu.edu.au/item/892v4/examiningthecharacteristicsofworkplace-violence-in-one-non-tertiary-hospital>. Acesso em: 09 nov. 2021.

CLEMENTINO, Francisco de Sales; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de; MARTINIANO, Claudia Santos; MARCOLINO, Emanuella de Castro; JÚNIOR, João Mário Pessoa; FERNANDES, Nathália Maria Silva. Satisfaction and work overload evaluation of employees' of Psychosocial Care Centers / Avaliação da satisfação e sobrecarga de trabalho dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, 2018. jan./mar. 10(1),153-159. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908433>. Acesso em: 24 mar. 2022.

CLOT, Yves. **A função psicológica do trabalho**. 2 ed, Ed. Vozes, 2007.

CNESNet. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Profissional_comp.asp?VCo_Unidade=3131702709627&VComp=202109. Acesso em: 14 abr. 2022.

COELHO, Daniela Mello. Elementos essenciais ao conceito de administração gerencial. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília a. 37 n. 147 jul./set. 2000. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/622/r14720.pdf?sequence=10&isAllowed=y#:~:text=A%20administra%C3%A7%C3%A3o%20gerencial%20caracteriza%2D%20se,que%20passa%20a%20enfatizar%20a>. Acesso em: 4 jun. 2022.

CONASEMS. **Manual do(a) gestor(a) municipal do SUS – diálogos no cotidiano**. 2ª Edição Digital – Revisada e Ampliada. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013.

DANIELLOU, François. Introdução. Questões epidemiológicas acerca da Ergonomia. *In: DANIELLOU, François. **A Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos**. São Paulo: Edgar Blücher, 2004, p. 1-18.*

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. Paris: La Découverte, 2016.

DELGADO, Paulo. Projeto de Lei n. 3657/89. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho Educação Saúde** 17 (2) • 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfsgDK7bkn/>. Acesso em: 2 nov. 2021.

DEMEROUDI, Evangelia; BAKKER, Arnold; NACHREINER, Friedhelm; SCHAUFELI, Wilmar. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. **Journal of Advanced Nursing**, 32(2): 454-464, 2000. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x>. Acesso em: 02 nov. 2021.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DI RUZZA, Renato; LACOMBLEZ, Marianne; SANTOS, Marta. **Ergologia, trabalho, desenvolvimentos**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2018. Disponível em: <https://ergonomiadaatividade.com/2018/08/20/livroergologiatrabalhodesenvolvimentosdownload-gratuito/>. Acesso em: 26 set. 2021.

DURAFFOURG, Jacques. Um robô, o trabalho e os queijos: algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho. **Revista Trabalho e Educação**, v.22, ed.2, p. 37-50, 2013. Disponível em: https://scholar.google.com.br/citations?view_op=view_citation&hl=ptBR&user=KfM4KRYA-AAJ&citation_for_view=KfM4KRYA-AAJ:j8SEvjWINXcC. Acesso em: 26 set. 2021.

DURRIVE, Louis. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 47-67, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-597150>. Acesso em: 26 set. 2021.

ECHTERNACHT, Eliza. Atividade humana e gestão da saúde no trabalho: elementos para reflexão a partir da abordagem ergológica. **Laboreal**, v.4, n.1, p. 1-18, 2008. Disponível em: <https://journals.openedition.org/laboreal/11772>. Acesso em: 18 jun. 2022.

ELIA, Daniel; SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos; FORTES, Sandra; CAMPOS, Katia de Pinho. Desafios da saúde mental. In: **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF. 2018.

E-SUS Atenção Básica. **O que é e-SUS AB?** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/e_sus_atencao_basica_profissionais.pdf. Acesso em: 06 mai. 2022.

FALZON, Pierre. **Ergonomia**. São Paulo: Edgard Blucher, 2007.

FARRELL, Gerald; BOBROWSKI, Christina; BOBROWSKI, Peter. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. **Journal of Advanced Nursing**, v.55, n.6, p.778–787, 2006.

FAZENDA, Ivani. Interdisciplinaridade. Transdisciplinaridade: visões culturais e epistemológicas. In: **O que é Interdisciplinaridade?** São Paulo. Cortez, 2008. p.22.

FÍGARO, Roseli. (2009). Estudo de Recepção e Ergologia: novos desafios teórico-metodológicos. *In: Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação* – E-compós, Brasília, v.12, n.3, set./dez. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324243877_Estudo_de_Recepcao_e_Ergologia_novos_desafios_teorico-metodologicos. Acesso em: 26 set. 2021.

FOLEY, Mary. Caring for those who care: a tribute to nurses and their safety. **Online Journal of Issues in Nursing** 9, Manuscript 1, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Forense-Universitária. Rio de Janeiro. 1994.

FRANZ, Simone; ZEH, Annett; SCHABLON, Anja; KUHNERT, Saskia; NIENHAUS, Albert. Aggression and violence against health care workers in Germany – a cross sectional retrospective survey. **BMC Health Services Research**, v.10, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20184718/>. Acesso em: 02 nov. 2021.

FREUD, Sigmund. (1925) Prefácio a juventude desorientada, de Aichhorn. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. (1937) Análise terminável e interminável. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GATES, Donna; ROSS, Clara Sue; MCQUEEN, Lisa. Violence against emergency department workers. **Journal of Emergency Medicine** 31, 331–337, 2006.

GAULEJAC, Vincent de. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. Tradução Ivo Storniolo. Aparecida, São Paulo: Ideias & Letras, 2007. (Coleção Management, 4).

GOETSCH, David. **Occupational Safety and Health for Technologists, Engineers, and Managers**. Prentice Hall, 2007.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.1, n.1, 1-19. São João Del-Rei, jun. 2006.

GOULART, Maria Stella Brandão. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GOUVEA, Nuno Alves Portela Baptista. **Ergonomia como fator integrante das ferramentas de implementação Lean Six Sigma**. Dissertação de Mestrado em Engenharia e Gestão Industrial, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. 2012. Disponível em: https://run.unl.pt/bitstream/10362/8253/1/Gouveia_2012.pdf. Acesso em: 26 set. 2021.

GUATTARI, Félix. Micropolítica do fascismo. *In: Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. Trad. Suely Belinha Rolnik. São Paulo: Brasiliense, 1981. p. 173-190.

GUÉRIN, François; KERGUELEN, Alan; LAVILLE, Antoine; DANIELLOU, François; DURAFFOURG, Jacques. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. São Paulo: Edgard Blucher, 2005.

HAHN, Sabine; MULLER, Marianne; NEEDHAM, Ian; DASSEN, Theo; KOK, Gerjo; HALFENS, Ruud J. G. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospital in Switzerland: a cross-sectional survey. **Journal of Clinical Nursing**, n.19, p. 3535-3546, 2010.

HARVEY, David. Condição pós-moderna: **Uma Pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural**. Tradução Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 1992.

HELIOTERIO, Margarete Costa; LOPES, Fernanda Queiroz Rego de Sousa; SOUSA, Camila Carvalho de; SOUZA, Fernanda de Oliveira; PINHO, Paloma de Sousa; SOUSA, Flávia Nogueira e Ferreira de; ARAÚJO, Tânia Maria de. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trab. educ. saúde** 18 (3) • 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/YCVxkfvBRNszvpFddBwJhkd/>. Acesso em: 17 nov. 2021.

HENNINGTON, Élide Azevedo. Entre o criativo e o precário: reflexões sobre constrangimentos e possibilidades do trabalhador da saúde em tempos líquidos. *In: C. Minayo-Gomez, J. Machado, & P. Pena (orgs). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea* (p. 433-452). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/10.7476/9788575413654.24?seq=1>. Acesso em: 02 jun. 2022.

INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION. **O que é ergonomia?** Disponível em: <https://iea.cc/what-is-ergonomics/>. Acesso em: 24 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Cidades e Estados. (2021). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/itabira.html>? Acesso em: 10 abr. 2022.

JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Diego Muniz; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; PINTO, Antonio Germane Alves; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; CAVALCANTE, Cinthia Mendonça. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva** 16 (7) • Jul 2011. p. 3051-3060. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CMNBywFRDpPgjhFHBzxTqWH/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 20 jun. 2022.

JÚNIOR, Renê Ferreira da Silva; GUSMÃO, Ricardo Otávio Maia; ARAÚJO, Diego Dias de Araújo; CARDOSO, Débora Soares; CASTRO, Luana Mendes de; SILVA, Carla Silvana de Oliveira e. Violência no trabalho contra os trabalhadores de enfermagem e seus imbricamentos com a saúde mental. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro/RECOM** - 2021; 11/4055. Disponível em:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/4055/2653>. Acesso em: 01 mai. 2022.

LACAN, Jacques. **O Seminário: Livro 20 mais, ainda.** ([1972-1973] 1985). Disponível em: <http://clinicand.com/wp-content/uploads/2020/06/20-LACAN-Jacques.-O-semin%C3%A1rio-livro-20.-Mais-ainda-1972-73.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2022.

LACAN, Jacques. **Televisão.** Versão brasileira. Antonio Quinet – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

LAMONT, Scott; BRUNERO, Scott; PERRY, Lin; DUFFIELD, Christine; SIBBRITT, David; GALLAGHER, Robyn; NICHOLLS, Rachel. ‘Mental health day’ sickness absence amongst nurses and midwives: workplace, workforce, psychosocial and health characteristics. **Journal of Advanced Nursing**. 2017;73(5):1172-81. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.13212/epdf>. Acesso em: 14 jun. 2022.

LAU, Jacqui; MAGAREY, Judy. Review of research methods used to investigate violence in the emergency department. **Accident and Emergency Nursing** 14, 111–116, 2006.

LHUILIER, Dominique. A invisibilidade do trabalho real e a opacidade das relações saúde-trabalho. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v.21, n.1, p.13-38, jan./abr.2012.

LIMA, Estevam Luiz Nascimento. **Abordagem ergológica de situações de trabalho: estudo em uma empresa do ramo petrolífero.** 2007. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. Disponível em: https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/2806/1/tese_2208_.pdf. Acesso em: 02 mai. 2022

LOBOSQUE, Ana Marta. **Intervenções em saúde mental: um percurso pela reforma psiquiátrica brasileira.** 1. ed. – São Paulo: Hucitec, 2020.

LOLLO, Paolo. Os ofícios impossíveis e o chamado do real. trad. Bernardo Maranhão. **Reverso** vol.40 no.75. p. 15-24. Belo Horizonte jan./jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01027395201800010000. Acesso em: 24 mar. 2022.

MADINE, Ken; SMITH, Ben. WorkForce and your workforce. **Emergency Nurse** 13, 10–11, 2005.

MARX, Karl. **O capital.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

MAWN, Barbara; SIQUEIRA, Eduardo; KOREN, Ainat; SLATIN, Craig; MELILLO, Karen Devereaux; PEARCE, Carole; HOFF, Lee Ann. Health disparities among health care workers. **Qualitative Health Research**, 20(1): 68-80, 2010.

MEIRELLES, Dimária Silva e. O conceito de serviço. **Revista de Economia Política**, v.26, n.1. p. 119-136, 2006.

MENDES, Davidson Passos. **O agir competente como estratégia de gestão do risco de violência no trabalho: o ponto de vista da atividade humana de trabalho dos técnicos de**

enfermagem de uma instituição pública psiquiátrica. Belo Horizonte. 2014. Tese de Doutorado. Disponível em: www.bibliotecadigital.ufmg.br. Acesso em: 26 set. 2021.

MENDES, Davidson Passos; CUNHA, Daisy Moreira. A gestão coletiva do risco de violência e da assistência em uma unidade hospitalar. **Ergologia**, n 17, maio de 2017. p. 23-52. Disponível em: <http://www.ergologia.org/numeacutero-17.html>. Acesso em: 13 out. 2021.

MENDES, Davidson Passos; CUNHA, Daisy Moreira. La opacidad del trabajo de enfermería y las configuraciones del riesgo. **Salud Colectiva**, 2018; 14(4); 725-742. Universidad Nacional de Lanús. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/scol/2018.v14n4/725-742/es>. Acesso em: 20 mai. 2019.

MENDES, Davidson Passos; MORAES, Geraldo Fabiano de Souza; MENDES, Juliana Cristina de Lima. Análise da gestão de risco no trabalho de enfermagem em uma instituição psiquiátrica. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v.20, n.1, p.73-84, jan./abr, 2011.

MERÇOM, Luciana Nascimento; CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid. Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. **Contextos Clínicos**, vol.13, no.2, São Leopoldo maio/ago. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198334822020000200015. Acesso em: 26 mai. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental: linha guia da saúde mental**. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <https://psiquiatriabh.com.br/wp/wpcontent/uploads/2015/01/Linhaguiadesaudemental.df>. Acesso em: 07 nov. 2021.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Ed. Vozes. 2009.

MOURA, Eliana Perez Gonçalves de. Gestão do trabalho docente: o "dramático" uso de si. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 33, p. 157-169, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/b55FPn4rZCX9yyGpFkPFsvm/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2022.

MUROFUSE, Neide Tiemi; RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon; MUZZOLON, Arlene Benini Fernandes; NICOLA, Anair Lazzari. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 17(3): 314-320, ONLINE, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3282.pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **O trabalho em Serviços de Saúde**. (2007). Disponível em: www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Textos_3.pdf. Acesso em 16 set. 2021.

NOUROUDINE, Abdallah. Risco e atividades humanas: acerca da possível positividade aí presente. Cap. 2. *In*: FIGUEIREDO, Marcelo et al. (org.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, p. 37-62, 2004.

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro; ALESSI, Neiry Primo. Trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 333- 340. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/RDWbWk4WjRFTqqX7Qgqjz5G/?format=pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

ORBAN, Edouard. O serviço é um produto? *In*: DIEESE; CESIT (Org.). **O trabalho no setor terciário: emprego e desenvolvimento tecnológico**. São Paulo, p. 11-20, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OMS). **Transtornos Mentais**. (2021). Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Acesso em: 20 jun. 2022.

PASSOS, Izabel Christina Friche. Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980 –1996. **Psicologia: teoria e pesquisa**, 19 (3), 231-240. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/wf7BX8sp5BzKhNKCCQkFzrdS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2021.

PATRÍCIO, Josiane; CALVO, Daniel de Souza Costa; MENDES, Davidson Passos; MORAES, Geraldo Fabiano de Souza. A importância do trabalho coletivo na gestão dos riscos do/no trabalho em saúde. **Sustinere Revista de Saúde e Educação**. v. 7, n. 2 (2019). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/40502>. Acesso em: 30 out. 2021.

PENA, Paulo Gilvane Lopes. Aspectos conceituais do setor de serviços e a saúde do trabalhador. *In*: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.; PENA, P. (orgs). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2011.

PENA, Paulo Gilvane Lopes; MINAYO-GOMEZ, Carlos. Premissas para a compreensão da saúde dos trabalhadores no setor serviço. **Saúde e Sociedade** 19, n. 2, p. 371-385, 2010.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça; MACHADO, Lourdes Aparecida; SILVEIRA, Marília Rezende da. **Rede de atenção: saúde mental**. Edição Revisada. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2020, 58 p.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; SPINK, Peter Kevin. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Orgs. Luiz Carlos Bresser Pereira e Peter Kevin Spink; tradução Carolina Andrade. – 4 ed. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

PIMENTA, Cláudia Jeane Lopes; VICENTE, Mateus Carneiro; FERREIRA, Gerlania Rodrigues Salviano; FRAZÃO, Maria Cristina Lins de Oliveira; COSTA, Tatiana Ferreira; COSTA, Kátia Neyla de Freitas Macedo. Health conditions and Nurses' work characteristics at a university hospital. **Rev Rene**. 2020; 21: e43108. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/43108/100217>. Acesso em: 07 nov. 2021.

POSSA, Lisiane Bôer; TREPTE, Renata Flores; GOSCH, Cristiane Scolari; FERLA, Alcindo Antônio. **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo**. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. 168 p. (Coleção Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde).

RABELO, Lais Di Bella Castro; BARROS, Vanessa Andrade de; CUNHA, Daisy Moreira. Uma viagem de trem: a atividade de trabalho dos inspetores ferroviários em diálogo com a ergologia. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, 7 (2), jul – dez, 2014, 233 – 246.

Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1134510/mod_resource/content/1/Inspetores%20ferrovi%C3%A1rios%2C%20ergologia%20%20Vanessa%20Barros%202014.pdf. Acesso em: 02 nov. 2021.

RAMMINGER, Tatiana. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. da Saúde**, v. 16, n. 1, 2002. Disponível em: [file:///C:/Users/Paula/Downloads/20140520172224v16n1_10saudemental%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Paula/Downloads/20140520172224v16n1_10saudemental%20(1).pdf). Acesso em 23 out. 2019.

RAMMINGER, Tatiana; BRITO, Jussara Cruz de. "Cada Caps é um Caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 150-160, 2011.

RODRIGUES, Eder Pereira; RODRIGUES, Urbanir Santana; OLIVEIRA, Luciana de Matos Mota; LAUDANO, Rodrigo Cunha Sales; SOBRINHO, Carlito Lopes Nascimento. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Revista Bras. Enferm.** 2014. mar-abr; 67(2): 296-301. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0296.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2019.

RODRIGUES, Pedro Luiz Coelho; MENDES, Davidson Passos. (Im) possibilidades de regulação no trabalho em profissionais do Centro de Material Esterilizado (CME). **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v. 28, n. 2, (2019). Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/12299>. Acesso em: 13 out. 2021.

RUAS, Synara Xavier; MENDES, Davidson Passos. Análise das estratégias de gerenciamento de risco no trabalho dos profissionais da saúde em um caps. **Trabalho & Educação**. Belo Horizonte v.26. n.2. p. 131-147, mai-ago. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/12299>. Acesso em: 24 out. 2021.

RUIZ, Valéria Salek; ARAUJO, André Luis Lima de. Saúde e segurança e a subjetividade no trabalho: os riscos psicossociais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.37, n.125, p.170-180, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/P9Hh3zBPL7WmzxsFYgW7K8b/?lang=pt>. Acesso em: 12 mai. 2022.

SALERNO, Silvana; DIMITRI, Laura; TALAMANCA, Irene Figà. Occupational risk due to violence in a psychiatric ward. **Journal of occupational health**, 51: 349-354, 2009.

SANTOS, Eloísa Helena. Ciência e cultura: uma outra relação entre saber e trabalho. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, n.7, p.119-130, jul./dez. 2000.

SANTOS, Yasmin Livia Queiroz. **O trabalho e a saúde dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial**: reflexões sobre o trabalho na saúde pública. 2017. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde06112017083255/publico/tese.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2022.

SCHWARTZ, Yves. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *In: Revista Educação & Sociedade*, n. 65, pp 101-139, 1998.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e uso de si. **Revista Proposições**: Faculdade de Educação / Unicamp, Campinas, v. 1, n. 5 (32), p. 34-50, jul. 2000.

SCHWARTZ, Yves. Entrevista com Yves Schwartz: trabalho e educação. **Presença Pedagógica**, Belo Horizonte, n.38, p.5-15, mar./abr. 2001.

SCHWARTZ, Yves. “Trabalho e saber”. *In*: **Revista Trabalho e Educação, Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação**, número temático “Processos de Produção e Legitimação de Saberes”, jan/jul, vol. 12, n.1, p. 21-34. 2003.

SCHWARTZ, Yves. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industriosa. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2 (1): 33-55, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/YpjWbCXw8WbWmNMcNyhWPPg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 mai. 2022.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e ergologia. *In*: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2007. p.25-203.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e Ergologia: conversas sobre atividade humana.1.ed. Niterói: EdUFF, 2010. **Trabalho e Ergologia**. *In*: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. 25-36 p.

SCHWARTZ, Yves. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl 1, p. 19-45, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/HTF7DtBVhZfgVZXqhkPX4Mx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 out. 2021.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e ergologia II: diálogos sobre a atividade humana. **Trabalho e Ergologia**. *In*: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2015. 17-41 p.

SCHWARTZ, Yves; ECHTERNACHT, Eliza. O corpo-eu no local de trabalho: como se especifica sua competência para viver? **Corps au travail**, n. 6, Mars/ 2009, p. 31-37. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-corps-dilecta-2009-1-page-31.htm>. Acesso em: 22 abr. 2022.

SILVA, Ênio Rodrigues da. **A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**: pois é José... 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VCSA8CSDWS/1/disserta_o_2010__vers_o_fi_nal_para_a_biblioteca_da_ufmg..pdf. Acesso em: 23 abr. 2022.

SILVA, Ênio Rodrigues da. **O gesto profissional em Psiquiatria**: o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho. 2016. 655 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação: conhecimento e inclusão social, Universidade de Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

SILVA, Leticia Aparecida da; SILVA, Luiz Felipe; MENDES, Davidson Passos. Os usos de si e o debate de normas dos trabalhadores de uma indústria metal-mecânica. **Trabalho & Educação**: Belo Horizonte. v. 26, n.3, p. 167-178, set-dez. 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/9590/6819>. Acesso em: 26 set. 2021.

SILVEIRA, Edilene Aparecida Araújo; OLIVEIRA, Patricia Peres; CORREIO, Patricia Moreira; SANTOS, Walquíria Jesusmara; RODRIGUES, Andrea Bezerra. O cuidado aos dependentes químicos: com a palavra profissionais de saúde de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, 8(2),4347-4364. 2016. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4405>. Acesso em: 12 jun. 2022.

SOBRINHO, Carlito Lopes Nascimento; CARVALHO, Fernando Martins; BONFIM, Tárceo Antonio Silva; CIRINO, Carlos Adriano Souza; FERREIRA, Isis Sacramento. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 22(1): 131-140, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/w849WFGR3BVhn6nJbSdppRK/?format=pdf>. Acesso em: 17 nov. 2021.

SOCIÉTÉ d'ERGONOMIE DE LANGUE FRANÇAISE. **Definições**. Disponível em: <https://ergonomie-self.org/lergonomie/definitions-tendances/>. Acesso em: 24 set. 2021.

SOLDERA, Lucas Martins. Ergologia: concepção teórica e metodológica de uma das clínicas do trabalho. **Fórum: Diálogos em Psicologia**, ano II, n. 2. Ourinhos/SP – jan./jun. 2015. Disponível em: <http://fio.edu.br/revistapsi/arquivos/Ed2/08%20-%20Lucas%20Soldera.pdf>. Acesso em: 26 set. 2021.

SOUZA, Kayo Henrique Jardel Feitosa; GONÇALVES, Tayane Silva; SILVA, Marize Barbosa; SOARES, Elizabeth Camacho Fonseca; NOGUEIRA, Maria Luiza Figueiredo; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Riscos de adoecimento no trabalho da equipe de enfermagem em um hospital psiquiátrico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2018; 26:e3032. Disponível em: https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrJ7Jn2xZ5hekYA1gfz6Qt.;_ylu=Y29sbwNiZjEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1637824118/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.revistas.usp.br%2friae%2farticle%2fdownload%2f154301%2f150521%2f/RK=2/RS=Jo260Y6KgHcQUDCbSiZHhRz7r.E-. Acesso em: 24 nov. 2021.

TRINQUET, Pierre. Trabalho e Educação: o método ergológico. **Revista HISTEDBR online**. Campinas, SP, v. 10, n. 38e, p. 93–113, 2010. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8639753>. Acesso em: 27 set. 2021.

VEDOVATO, Tatiana Giovanelli; ANDRADE, Cristiane Batista Andrade; SANTOS, Daniela Lacerda; BITENCOURT, Silvana Maria; ALMEIDA, Lidiane Peixoto de; SAMPAIO, Jéssyca Félix da Silva. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? **Rev. bras. saúde ocup.** 46 • 2021 • Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/CHvhLDtkH8WPmSygjHZgzNw/>. Acesso em: 17 nov. 2021.

VIEIRA JÚNIOR, Paulo Roberto; SANTOS, Eloísa Helena. A gênese da perspectiva ergológica: cenário de construção e conceitos derivados. **Trabalho & Educação**, Belo

Horizonte, v.21, n.1, p.83-100, jan./abr. 2012. Disponível em:
<https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/issue/view/474>. Acesso em: 06 mai 2022.

WHITAKER, Gordon. Coproduction: citizen participation in service delivery. **Public Administration Review**, v. 40, n. 3, p. 240-246, 1980.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, v.14, n.1, Belo Horizonte, 2008, p.131-150. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000100008. Acesso em: 10 jun. 2020.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, Paulo César. Trabalho, organização e pessoas com transtornos mentais graves. **Cadernos De Psicologia Social Do Trabalho**, 9(1), 91-105. 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25885>. Acesso em: 03 jun. 2022.

ZARIFIAN, Philippe. **Objetivo Competência**: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas. 2001.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)Nº _____****PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Patrícia Aparecida Gomes Pascoal**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Davidson Passos Mendes**COORIENTADOR:** Prof. Dr. Luiz Felipe Silva**TÍTULO DO PROJETO:** “AS (IM)POSSIBILIDADES DE GESTÃO DA SAÚDE E SEGURANÇA NA ATIVIDADE ASSISTENCIAL AO PACIENTE EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CAPS”.

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa de mestrado. Leia com calma, atenção e tempo o presente termo. Esse estudo é importante, pois a análise da gestão de riscos no ambiente de trabalho pelos seus profissionais, pode contribuir para melhorias nas condições de trabalho, saúde e segurança de seus trabalhadores.

A presente pesquisa tem como objetivo analisar e discutir as (im)possibilidades de gestão de saúde e segurança, frente à organização do trabalho estabelecida, na atividade assistencial ao paciente em sofrimento psíquico de um Centro de Atenção Psicossocial, numa perspectiva preventiva em saúde do trabalhador.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Será feita uma pesquisa de campo para analisar a estrutura e as necessidades produtivas. Com isso será criada uma base de informações para escolher situações críticas para uma análise mais detalhada. Neste local, será feita uma entrevista com os gestores e operadores separadamente, cada um no seu nível de especificidade. Todos serão entrevistados, e caso você não tenha interesse, poderá escolher não participar. Inicialmente você irá responder a um questionário sociodemográfico, de caracterização ocupacional e de saúde da população envolvida. Após esse momento, você participará de entrevistas abertas sobre o seu trabalho, a existência de riscos nesse ambiente e como você enfrenta os riscos dessa atividade laboral. Por fim, você irá participar de uma entrevista de autoconfrontação (explicada com mais detalhes no

item sobre as entrevistas). A sua participação é importante para que eu possa compreender os sistemas de trabalho visando à análise dos contextos produtivos.

Durante o período de coleta de dados da pesquisa em questão, a pesquisadora responsável irá observar o local em que você trabalha, ou seja, o modo de produção, as atividades desenvolvidas, as condições de trabalho, a existência de riscos, e também filmará as atividades laborais desenvolvidas por você. Os registros dessas atividades serão utilizados apenas na entrevista de autoconfrontação.

Deve-se evidenciar que, somente serão filmadas as atividades laborais realizadas pelos profissionais participantes, que atuam na assistência direta ao indivíduo com transtorno mental, e que autorizarem essa filmagem, a partir da sua assinatura neste documento e no Termo de Autorização de Imagem.

Para preservar a ética e o sigilo da amostra de profissionais que se dispuserem a participar da pesquisa voluntariamente todos os dados referentes à identificação não serão divulgados, ou seja, nome, telefone, e-mail, e as próprias filmagens. Os demais dados serão apresentados para que a pesquisadora possa compreender como ocorre a gestão dos riscos pelos profissionais no ambiente de trabalho, e como isso pode trazer melhorias para as condições de trabalho, saúde e segurança dos profissionais dessa área de atuação.

SOBRE AS ENTREVISTAS

O questionário sociodemográfico de caracterização ocupacional e de saúde da população envolvida será respondida por você de maneira isolada, no momento e horário que achar mais conveniente e propício, e depois deverá ser entregue para a pesquisadora.

No momento de entrega desse questionário ao profissional participante, a pesquisadora explicará de maneira objetiva sobre a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, juntamente com o Termo de Autorização de Imagem, que deverá ser lido, assinado e entregue à pesquisadora responsável.

Em relação à entrevista aberta, esta será realizada de forma separada, isolada, em um ambiente reservado, previamente agendada entre pesquisadora, participante e coordenação do serviço e serão gravadas pela pesquisadora, por meio de um gravador digital, para posterior análise e transcrição.

A entrevista de auto confrontação por sua vez, consiste na utilização de um objeto fílmico para provocar, em um outro contexto, no indivíduo, a confrontação a ele mesmo; solicitando uma avaliação de seus próprios atos, em um trabalho de coanálise. Essa etapa será

efetuada numa sala reservada e fechada, com os próprios trabalhadores filmados, em separado e individualmente, em horário estabelecido pelo participante, e também será gravada através de um gravador digital, para posterior análise e transcrição. Serão garantidos todos os procedimentos para o não reconhecimento facial, bem como, de vestimentas que possam associar o participante ao contexto de trabalho. Esta entrevista de autoconfrontação é importante, porque é a partir dela que a pesquisadora poderá levantar os atos, os gestos, os valores, as escolhas e as competências utilizadas para a gestão do trabalho. O estudo tem por pretensão observar e analisar o processo produtivo e não as pessoas em separado.

Após o término da pesquisa, essas filmagens serão descartadas e destruídas devidamente pelos pesquisadores. Após a realização das entrevistas, a pesquisadora irá transcrever a fala dos entrevistados, e as suas, serão entregues a você, para que verifique e aprove a veracidade da transcrição, para posteriormente os depoimentos serem utilizados para análise como resultado da pesquisa. O relato dos participantes não será identificado quando o estudo for divulgado, assim, mantendo o sigilo em todas as fases do estudo. Todos participantes receberão um código de identificação e somente os pesquisadores terão acesso aos mesmos.

RISCOS

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos e riscos: constrangimento do trabalhador, devido à presença da pesquisadora no contexto produtivo; não compreensão das perguntas acerca dos levantamentos a serem questionados; exposição com comprometimento da privacidade durante as entrevistas; risco de rompimento do sigilo e confidencialidade das respostas; exposição pessoal durante a gravação em vídeo, e sobrecarga de atividades, sobre os quais, medidas de providências e cautelas serão empregadas pela pesquisadora, para evitar e/ou reduzir os efeitos e as condições adversas, que possam causar dano ao participante da pesquisa, tais como, respectivamente: a pesquisadora compromete-se a não interferir nos processos de atendimento a serem executados pelo profissional participante, mantendo-se a uma distância apenas para observação das atividades desenvolvidas; todos os objetivos e procedimentos dessa pesquisa serão esclarecidos aos participantes até que os mesmos, não tenham dúvidas que comprometam ou provoquem questionamentos em relação aos procedimentos e à sua participação nessa pesquisa, além disso, todos os dados obtidos serão armazenados e destruídos após a análise dos resultados, ao término da pesquisa; todas as entrevistas serão realizadas de forma individual em local determinado pelo participante e coordenação do serviço, sendo restrita a participação ou entrada de outras pessoas durante a realização das entrevistas; os

profissionais participantes receberão um código individualizado no qual somente os pesquisadores terão conhecimento da correspondência em nível nominal; as imagens obtidas durante a coleta de dados serão utilizadas exclusivamente para as atividades relacionadas a esta pesquisa, e será utilizada técnicas computacionais que distorcem as faces e vestimentas dos usuários e dos funcionários da instituição que aparecerem nas gravações, para evitar, o reconhecimento desses indivíduos e possíveis desconfortos aos profissionais participantes durante a etapa da entrevista de autoconfrontação; o participante escolherá o melhor horário, aquele que lhe for conveniente para participar da pesquisa, a fim de evitar a sobrecarga de atividades. Também com o intuito de propor uma redução, caso sinta algum tipo de desconforto ou risco você poderá sair do estudo quando quiser sem qualquer prejuízo a você.

BENEFÍCIO

Você e futuros participantes poderão se beneficiar com os resultados deste estudo. O conhecimento de práticas de enfrentamento pelos trabalhadores frente aos riscos encontrados no ambiente laboral, a partir de suas condições reais de execução, poderão contribuir para reconfigurar práticas e saberes já estabelecidos, possibilitando uma melhor gestão do trabalho, em todos os seus aspectos organizacional, técnico e humano, e isso permitirá minimizar de forma mais eficiente os riscos de acidentes e de adoecimentos no ambiente de trabalho.

SIGILO E PRIVACIDADE

Como participante de pesquisa, sua privacidade será respeitada, seu nome e qualquer outro dado que possa lhe identificar, incluindo as filmagens serão mantidos em sigilo e utilização de código. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade das informações, bem como a não exposição dos dados de pesquisa. Os registros obtidos nesta pesquisa serão mantidos e guardados em arquivo digital pertencente à pesquisadora, e permanecerão neste por cinco anos. Após esse período, todos os registros serão descartados e eliminados.

AUTONOMIA

Será garantida assistência a você durante toda a pesquisa, assim como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo e suas consequências, ou seja, tudo o

que queira saber antes, durante e depois de sua participação. Você pode se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem precisar se justificar, e, caso esta seja sua vontade, não sofrerá prejuízo algum na assistência recebida.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento dos valores gastos da seguinte forma: o valor gasto será ressarcido a você por meio de dinheiro em espécie, mediante comprovação do gasto. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Patrícia Aparecida Gomes Pascoal, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade na Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI), inscrita no CPF: 04478863636, pelo Prof. Dr. Davidson Passos Mendes, professor da Universidade Federal de Itajubá – Campus Itabira na área de Saúde do Trabalhador inscrito no CPF: 955.922.026-87 e Prof. Dr. Luiz Felipe Silva, professor da Universidade Federal de Itajubá – Campus Itajubá, Instituto de Recursos Naturais, inscrito no CPF: 310667986-72, e com eles você pode manter contato pelos telefones (31) 98740-3024, (31) 99232-1638 e (35) 98459-1569, respectivamente. O contato também pode ocorrer através dos seguintes e-mails: patriciagomespsiess@yahoo.com.br (Patrícia), davidsonmendes@unifei.edu.br (Professor Davidson) e lfelipe@unifei.edu.br (Professor Luiz Felipe).

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. O grupo tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de maneira ética.

CONSENTIMENTO

Entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações relacionadas à pesquisa. Todas as

minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo pesquisador responsável do estudo. Você poderá solicitar o acesso ao registro do consentimento sempre que necessário.

Por fim, fui orientado a respeito do que foi mencionado neste termo e compreendo a natureza e o objetivo do estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Li e concordo em participar da pesquisa.

DADOS DO PARTICIPANTE DA PESQUISA	
NOME	
TELEFONE	
E-MAIL	

Itabira, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

TERMO DE UTILIZAÇÃO DE IMAGEM

Autorizo o uso de minha imagem e áudio provenientes respectivamente, das observações do contexto produtivo e das entrevistas para fins dessa pesquisa, sendo seu uso restrito às minhas falas, respostas às perguntas da pesquisadora e minhas imagens durante as minhas atividades do meu ambiente de trabalho. Tenho conhecimento que essas gravações serão utilizadas exclusivamente para essa pesquisa, sendo mantidas e guardadas em arquivo digital pertencente à pesquisadora por cinco anos, após esse período serão destruídas e descartadas.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Instituição de origem do pesquisador: Universidade Federal de Itajubá – Campus- Itajubá.

Curso: Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade.

Título do Projeto de Pesquisa: “As (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança na atividade assistencial ao paciente em sofrimento psíquico no CAPS”.

Pesquisador responsável: Patrícia Aparecida Gomes Pascoal **Orientador:** Prof. Dr. Davidson Passos Mendes **Coorientador:** Dr. Luiz Felipe Silva

Telefone para contato: (3) 987403024 (Patrícia) / (31) 992321638 (Professor Davidson) / (35) 984591569 (Professor Luiz Felipe)

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos e/ou da empresa cujos dados (informações) serão estudados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução da pesquisa em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

O pesquisador declara ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas e resultados da pesquisa somente podem ser acessadas por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se aqueles os quais forem autorizados, por escrito, pelos dirigentes da instituição.

Itabira, _____ de _____ de _____

Patrícia Aparecida Gomes Pascoal CPF: 044.788.636-36

Prof. Davidson Passos Mendes

CPF: 955.922.026-87

Prof. Dr. Luiz Felipe Silva

CPF: 310667986-72

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1-SOCIODEMOGRÁFICO EPIDEMIOLÓGICO

1.1-IDADE: _____	1.2-SEXO: 1-(<input type="checkbox"/>) F 2-(<input type="checkbox"/>) M
1.3-ESTADO CIVIL: 1-(<input type="checkbox"/>) SOLTEIRO(A) 2-(<input type="checkbox"/>) CASADO(A) 3-(<input type="checkbox"/>) DIVORCIADO(A) 4-(<input type="checkbox"/>) VIÚVO(A)	
1.4-NÚMERO DE FILHOS: _____	
1.5-ESCOLARIDADE -1-(<input type="checkbox"/>) ENSINO MÉDIO 2-(<input type="checkbox"/>) ENSINO TÉCNICO 3-(<input type="checkbox"/>) GRADUAÇÃO: _____ 4-(<input type="checkbox"/>) PÓS-GRADUAÇÃO: _____	
1.6-CARGO: _____	
1.7-RENDA PESSOAL: 1-(<input type="checkbox"/>) ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO (SM) 2-(<input type="checkbox"/>) DE 1 A 2 SM 3-(<input type="checkbox"/>) DE 2 A 3 SM 4-(<input type="checkbox"/>) DE 3 A 5 SM 5-(<input type="checkbox"/>) DE 5 A 8 SM 6-(<input type="checkbox"/>) ACIMA 8 SM	
1.8-RENDA FAMILIAR: 1-(<input type="checkbox"/>) ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO (SM) 2-(<input type="checkbox"/>) DE 1 A 2 SM 3-(<input type="checkbox"/>) DE 2 A 3 SM 4-(<input type="checkbox"/>) DE 3 A 5 SM 5-(<input type="checkbox"/>) DE 5 A 8 SM 6-(<input type="checkbox"/>) ACIMA 8 SM	
1.9-TEMPO DE TRABALHO NA PROFISSÃO: _____ TEMPO NA INSTITUIÇÃO: _____	

2-AMBIENTE DE TRABALHO

2.1-O QUE VOCÊ CONSIDERA MAIS PENOSO EM SUA ATIVIDADE DE TRABALHO? 1-(<input type="checkbox"/>) CARGA FÍSICA 2-(<input type="checkbox"/>) CARGA PSÍQUICA (MENTAL) 3-(<input type="checkbox"/>) DIFICULDADE DE TOMAR DECISÕES
2.2-VOCÊ TEM AUTONOMIA NO SEU POSTO DE TRABALHO? 1-(<input type="checkbox"/>) SIM 2-(<input type="checkbox"/>) NÃO _____
2.3-VOCÊ ACHA QUE HÁ RISCOS NO SEU TRABALHO? 1-(<input type="checkbox"/>) NÃO. 2-(<input type="checkbox"/>) SIM. QUAIS? _____
2.4-NA DIRETORIA- EQUIPE DE SAÚDE HÁ DESGASTE NA RELAÇÃO EMOCIONAL ENTRE: 1-(<input type="checkbox"/>) PROFISSIONAL – PROFISSIONAL 2-(<input type="checkbox"/>) PROFISSIONAL – PACIENTE

<p>4.4- SOFREU ALGUM TIPO DE ACIDENTE DE TRABALHO?() SIM () NÃO</p>
<p>4.5- QUAL TIPO?()TÍPICO ()DOENÇA ()TRAJETO</p>
<p>4.6- NA INSTITUIÇÃO EXISTE SERVIÇO DE MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO? ()SIM ()NÃO</p>
<p>4.7- QUE SENSações VOCÊ TEM QUANDO PENSA E/OU FALA DA PROFISSÃO DE ACORDO COM A SEGUINTE ESCALA:</p> <p>()RAIVA ()ALEGRIA ()ABANDONO()FRUSTRAÇÃO ()IMPOTÊNCIA ()SATISFAÇÃO ()TRISTEZA ()COMPROMISSO ()CONTRIBUIÇÃO()PODER ()INSEGURANÇA ()DÚVIDA ()DEVER CUMPRIDO ()RECONHECIMENTO ()ESPERANÇA ()PRAZER ()OUTRO. QUAL?_____</p>
<p>AS QUESTÕES 4.8 A 4.11 SE REFEREM A EPISÓDIO DE AGRESSÃO OU AMEAÇA PRATICADA POR DIVERSOS AGENTES, RESPONDA DE ACORDO COM A SEGUINTE ESCALA.</p> <p>1-NUNCA 2-UMA VEZ 3-ALGUMAS VEZES 4-COM FREQUÊNCIA</p> <p>4.8-PACIENTES_____4.9- ACOMPANHANTES_____ 4.10-COLEGAS DE TRABALHO_____4.11- COLEGAS DE OUTRO SETOR _____</p>
<p>4.12- VOCÊ FAZ USO DE MEDICAMENTO?()SIM ()NÃO QUAIS?_____</p>

Fonte: Adaptado: MENDES, Davidson Passos. **O agir competente como estratégia de gestão do risco de violência no trabalho:** o ponto de vista da atividade humana de trabalho dos técnicos de enfermagem de uma instituição pública psiquiátrica. Belo Horizonte. 2014. Tese de Doutorado. Disponível em: <www.bibliotecadigital.ufmg.br>. Acesso em: 03 Set. 2021.

ANEXO A – NORMAS E ROTINAS DA RECEPÇÃO E ADMINISTRATIVO PARA CAPS II

Saúde Mental – SMS

Normas e Rotinas da Recepção e Administrativo para CAPS II

31/07/2017

ACOLHIMENTO

CONCEITO: Recepção dos pacientes na Unidade para primeiro atendimento ou retorno após interrupção do tratamento.

OBJETIVO: Identificação dos problemas existentes, para que sejam respondidos. Atender os usuários e profissionais da melhor maneira possível com profissionalismo.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Solicitação dos documentos pessoais (Cart. Identidade ou Certidão, CPF, Cartão SUS, etc);
- Solicitação do encaminhamento;
- Perguntar ao usuário se é o primeiro atendimento na unidade;
- Busca do prontuário;
- Impressão da ficha do VIVVER, preenchimento do cabeçalho da RAAS e CNES da Unidade Básica, retirar os prontuários para o profissional de plantão;
- Quando não tiver prontuário lançar no VIVVER;
- Conferência da pasta de acolhimento no final do dia e manutenção dos impressos disponíveis aos técnicos.
- Não se pode informar o nome do profissional de plantão, orientar que existe uma escala. Acionar o técnico de plantão em caso de dúvidas.

CONSULTAS AGENDADAS

CONCEITO: Atendimento a pacientes que já estão em tratamento no Serviço.

OBJETIVO: Atendimento aos pacientes com compromisso, dedicação, preocupação e atenção.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Confirmação da data, horário e profissional;
- Separação dos prontuários e da RAAS por profissional.
- Comunicação por escrito de presença através de sinalização em lista diária na recepção.
- Entrega de marcação do novo agendamento de consulta em formulário de retorno.
- Confirmação de presença no dia anterior às consultas médicas.
- Informar usuários sobre reagendamentos ou cancelamento de atendimentos.

ANEXO B – FICHA DE ACOLHIMENTO

Ficha de Acolhimento	
Cartão SUS: _____ Vivver: _____ Data: ___/___/___	
Unidade: <input type="checkbox"/> CAPS <input type="checkbox"/> CAPSi	
1. Identificação:	6. Antecedentes
Nome: _____	História Médica e Psiquiátrica: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
DN: ___/___/___ Escolaridade: _____	Tratamento/ internação anterior: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Estado Civil: _____	Medicação: _____
Endereço: _____	Efeitos adversos: _____
_____	Outras doenças: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ID: _____ CPF _____	Quais? _____
Telefone: _____/_____	
Filiação: _____	
	7. Personalidade Pré-Mórbida:
2- Origem encaminhamento:	<input type="checkbox"/> Isolamento <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Irritação
<input type="checkbox"/> PSF _____ <input type="checkbox"/> PS	Uso de álcool, tabaco e/ou outras drogas?
<input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3- Situação de trabalho/ escola/ Previdência: _____	<input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Maconha
	<input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Inalantes <input type="checkbox"/> Outros
	Qual? _____
4. Queixa Principal:	Quantidade / Frequência: _____

_____	8. Considerações:
_____	• Apresentação: _____
_____	• Linguagem/Pensamento: _____
_____	• Senso-Percepção: _____
_____	• Afetividade /Humor: _____
_____	• Atenção/Concentração: _____
_____	• Memória: _____
_____	• Orientação: _____
_____	• Consciência: _____
_____	• Capacidade intelectual: _____
5. História Pessoal e Familiar	• Juízo Crítico da Realidade: _____
_____	9- Hipótese diagnóstica:
_____	_____
_____	10 - Condução:
_____	_____
_____	11 - Assinatura do profissional:
_____	_____